

# ***DELIRIUM NO DOENTE CRÍTICO***

## **FATORES PRECIPITANTES**

Luis Carlos Almeida Pires

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Orientador** – Doutor Carlos Pires Magalhães

**Categoria** – Professor Adjunto

**Afiliação** – ESSa – IPB

**Orientador** – Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

**Categoria** – Professor Adjunto

**Afiliação** – ESSa – IPB

Fevereiro de 2018



Pires, L., (2018). *Delirium no doente crítico: fatores precipitantes*. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.



**Parte do Capítulo II deste Relatório Final de Estágio Profissional foi submetido para publicação (artigo):**

Pires, L., Magalhães, C. & Mata, M. (2018). *Delirium no doente crítico: Fatores precipitantes*. In: Revista Referência. Coimbra. Portugal

-

A todos os doentes com quem tive o privilégio de contactar durante o meu percurso académico e profissional. É apenas, e só, porque existem pessoas que a Enfermagem faz sentido.





## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos Magalhães e Professora Doutora Augusta Mata, pelo rigor e exigência que impuseram a este trabalho, e, igualmente, por todo o conhecimento que me transmitiram. Foram, sem dúvida, dois grandes impulsionadores desta caminhada.

À Direção da Unidade Local de Saúde do Nordeste, na pessoa do Dr. Carlos Vaz, Presidente do Conselho de Administração, bem como ao Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Dr. Domingos Fernandes, pela autorização concedida para a realização deste estudo.

Agradeço à Elizabete Diz e à Rita Diz pela preciosa ajuda, enaltecendo o facto de terem sido as próprias a voluntariarem-se.

À Enfermeira Responsável, Luísa Nunes, assim como a todos os meus colegas, pelo carinho e encorajamento que me transmitiram, e pela forma séria com que encararam esta temática.

Um agradecimento especial e ternurento à minha esposa, Alexandra, pela paciência, permitindo-me fazer-lhe uma demonstração de pungimento pelas preocupações que lhe causei.

**Um enorme bem hajam**



## RESUMO

**Enquadramento:** O *delirium* constitui uma patologia frequente em doentes críticos, que continua subdiagnosticado, e, apesar de estar associado a um aumento da morbilidade e mortalidade, permanece pouco reconhecido pela equipe multidisciplinar. Caracteriza-se por uma disfunção cerebral que resulta num declínio cognitivo, sendo um importante preditor independente de prognóstico negativo.

**Objetivos:** Identificar os fatores precipitantes de *delirium* nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Hospital de Bragança, da ULSNE.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional e analítico, junto de 178 doentes internados na UCIP, resultado de 32 momentos de avaliação, dos quais, após aplicação da escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), foi diagnosticado *delirium* a 50 doentes que passaram a constituir a amostra do estudo.

**Resultados:** Identificaram-se o Propofol e o Midazolam como os sedativos utilizados, destacando-se o Propofol como o mais usado. Obteve-se uma prevalência de *delirium* de 28.1%. As variáveis independentes que se destacam, por serem as mais representadas na amostra, são a idade  $\geq 65$  anos, sexo masculino, residentes em meios rurais, casados, possuidores do ensino básico e reformados. Maioritariamente os doentes eram provenientes do Serviço de Urgência, internados na UCIP há menos de 10 dias, com visitas diárias de familiares, consumidores de álcool, com dor presente, submetidos a ventilação mecânica e com RASS  $>0$ . O *delirium* hiperativo era o mais representado na amostra, aparecendo relacionado com fatores como idade  $<65$  anos, uso de ventilação mecânica, presença de dor ou situações de hipoxemia. Verificou-se significância estatística ( $p=0.019$ ), quando correlacionados os scores da escala ICDSC e RASS. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar as médias obtidas na escala de *delirium* com o grupo etário, verificando-se significância estatística ( $p=0.046$ ).

**Conclusão:** A escolha da sedação e a sua utilização não abusiva parecem ser práticas corretas, refletidas na baixa prevalência de *delirium* na população em estudo. No entanto, relativamente a todos os outros fatores precipitantes, conclui-se que, é essencial atuar, de forma adequada, sobre aqueles que podem ser modificados, nomeadamente, a promoção da orientação, o envolvimento da família, o ambiente da UCIP, as

mobilizações e atividade física, o controle da eliminação vesical e intestinal, a manutenção de uma correta oxigenação e pressão arterial, o controle da dor, o uso de ventilação mecânica e a higiene do sono. Reveste-se de igual importância, a sensibilização dos profissionais de saúde para a monitorização do *delirium*, através da aplicação da ICDSC, tendo em mente o diagnóstico precoce desta intercorrência, bem como a avaliação rotineira da sedação, apelando para a sua adequada utilização no doente crítico.

**Palavras-chave:** *Delirium*; fatores precipitantes; doente crítico; Cuidados Intensivos.

## ABSTRACT

**Background:** Delirium is a common manifestation in critically ill patients that remains under-diagnosed and even if it is associated with an increase in morbidity and mortality, delirium is still little acknowledged by the multidisciplinary team. It is characterized by impaired cognition and is considered as an important independent predictor of a negative prognosis.

**Objectives:** Identify the precipitating factors of delirium in Intensive Care Unit hospitalized patients on Bragança Hospital, member of the ULSNE.

**Methods:** In an observational and analytical study, 178 ICU patients were screened for delirium in 32 different evaluation moments. After the application of the *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) delirium was diagnosed in 50 patients that became the sample of the study.

**Results:** Propofol and Midazolam were identified as the used sedation approaches, Propofol being the most used one. Prevalence of delirium was observed in 28.1% of the population. Independent variables that stand out as being the most represented in the sample are: age  $\geq 65$  years, male gender, rural areas residents, married people, poorly educated (elementary school only) and retired ones. Patients mostly came from the Emergency Services, they were hospitalized in the ICU for less than 10 days, with daily visits from their family, mostly alcohol consumers, presenting pain, receiving mechanical ventilation and with a RASS score  $>0$ . Hyperactive delirium subtype is the most represented in the sample and it appears to be associated with the following factors: age  $\geq 65$  years, use of mechanical ventilation, presence of pain and hypoxia. When correlated, scores from ICDSC and RASS scales shows statistical significance ( $p=0.019$ ). Mann-Whitney test was used to compare the scores coming from the delirium scale with the age range. Results also shows statistical significance ( $p=0.046$ ).

**Conclusion:** Choosing sedation approaches in a non abusive way seems to be a right call, reflected in the low prevalence of delirium in the study population. However, regarding all the other precipitating factors the conclusion is that it is essential to work properly on the ones that can be modified like promotion of orientation, family involvement, ICU environment, mobilization and physical exercise, control of bladder

and intestinal function, maintenance of a good oxygenation and blood pressure, control of the pain, use of mechanical ventilation and work on sleep hygiene. Delirium monitoring through the application of the ICDSC requires awareness on the part of the healthcare professionals of the importance of the early diagnosis as well as the routine evaluation of sedation approaches and their proper use on critical patients.

**Keywords:** Delirium; precipitating factors; critical patient; Intensive Care.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**APA** – American Psychiatric Association

**CAM-ICU** – Confusion Assessment Method - ICU

**CMEMC** – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ESSa** – Escola Superior de Saúde

**ICD-10** – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**ICDSC** – Intensive Care Delirium Screening Checklist

**IPB** – Instituto Politécnico de Bragança

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RASS** – Richmond Agitation Sedation Scale

**SH** – Serviço de Hemodiálise

**Sr.<sup>a</sup>** - Senhora

**SUMC** – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**ULSNE** – Unidade Local de Saúde do Nordeste

**ULSTMAD** – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

**VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva

**VMNI** – Ventilação Mecânica Não Invasiva





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>5</b>
1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	7
<b>CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>11</b>
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS.....	13
2. ESTADO DA ARTE .....	17
2.1. Origem e evolução do conceito de <i>delirium</i> .....	17
2.1.1. Definição e critérios de diagnóstico .....	18
2.1.2. Fisiopatologia .....	21
2.1.3. Etiologia e fatores de risco .....	23
2.2. Unidades de Cuidados Intensivos .....	26
2.3. <i>Delirium</i> no doente internado nos Cuidados Intensivos .....	28
2.3.1. Relação entre sedação e <i>delirium</i> .....	32
2.3.2. Avaliação .....	35
3. METODOLOGIA .....	39
3.1. Tipo de estudo.....	39
3.2. População e amostra .....	40
3.3. Instrumentos de recolha de dados .....	41
3.4. Procedimentos de recolha de dados .....	43
3.5. Variáveis do estudo.....	44
3.6. Considerações éticas .....	46
3.7. Procedimentos de análise dos dados .....	47
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	49
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	69
<b>SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>



## **ANEXOS**

Anexo I – Cronograma de Estágio

Anexo II – Reflexão sobre o desenvolvimento de Competências

Anexo III – Instrumento de recolha de dados para diagnóstico de *delirium*

Anexo IV – Instrumento de recolha de dados para averiguar fatores precipitantes de  
*delirium*

Anexo V – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados

Anexo VI – Submissão e artigo de investigação



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Alterações da neurotransmissão identificadas no <i>delirium</i> .....	21
Tabela 2 - Fatores predisponentes do <i>delirium</i> .....	24
Tabela 3 - Fatores precipitantes do <i>delirium</i> .....	24
Tabela 4 - Fármacos associados ao desenvolvimento de <i>delirium</i> .....	25
Tabela 5 - Principais diferenças entre as diretrizes de sedação de 2002 e 2013 .....	34
Tabela 6 - Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) .....	38
Tabela 7 - Apresentação dos valores absolutos e percentuais relativos à dimensão da amostra .....	41
Tabela 8 – Apresentação da variável administração de sedação .....	50
Tabela 9 - Resultados do diagnóstico de <i>delirium</i> segundo a ICDSC na UCIP.....	50
Tabela 10 - Score da ISDSC.....	51
Tabela 11 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	51
Tabela 12 - Tabela cruzada entre o setor de atividade e a situação laboral.....	52
Tabela 13 - Fatores precipitantes de <i>delirium</i> presentes na amostra .....	53
Tabela 14 - Matriz da correlação entre escala de <i>delirium</i> (ICDSC) e escala de sedação (RASS) .....	54
Tabela 15 - Comparação das médias obtidas nas escalas de <i>delirium</i> e sedação segundo o grupo etário.....	54
Tabela 16 - Comparação das médias obtidas nas escalas de <i>delirium</i> e sedação segundo a administração de sedação nas 24 horas anteriores.....	55
Tabela 17 - Distribuição percentual dos doentes segundo o tipo de <i>delirium</i> , o tipo de ventilação e a dor.....	56
Tabela 18 - Distribuição percentual dos doentes segundo o tipo de <i>delirium</i> e o método mnemónico THINK.....	57
Tabela 19 - Plano de ação para prevenção de <i>delirium</i> no doente crítico .....	67



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório tem a sua génese nos módulos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) da Escola Superior de Saúde (ESSa) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), pretendendo-se, com a elaboração do mesmo, criar um documento que explane as atividades desenvolvidas, as reflexões realizadas e as competências alcançadas durante a realização dos estágios. Conforme o enquadramento legal deste curso, a aprovação do presente relatório, confere o grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), e, após discussão pública do Estudo Empírico, o grau de Mestre, pelo que, o mesmo é englobado no presente relatório.

Para Fonseca (2012), a elaboração de um relatório tem como finalidade descrever a forma como determinado trabalho decorreu. Acrescenta que, deve, o mesmo, funcionar como um registo para memória futura da experiência acumulada pelo autor durante a realização do trabalho, bem como exibir os resultados que se obtiveram.

A prática responsável e consciente, deve ser baseada na teoria, no conhecimento científico, contudo, é na prática do quotidiano que se solidifica esse conhecimento, e que, em diversas ocasiões, se entende a razão de ser do mesmo. Os estágios realizados deram a possibilidade de enquadrar os conhecimentos adquiridos ao longo das aulas, ao mesmo tempo que tornaram possível a sua aplicação. Os mesmos se constituem como momentos basilares na aquisição de competências e capacidades comuns ao Enfermeiro Especialista e próprias do EEEMC, direcionado para a Pessoa em Situação Crítica.

O estágio foi dividido em três campos: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Hemodiálise (SH). O estágio no SUMC e na UCIP eram tidos como campos de estágio obrigatórios, já o estágio no SH, resulta de escolha pessoal, por se entender ser uma lacuna no percurso profissional, o facto de nunca ter havido a oportunidade de contactar com um SH, tendo já havido a oportunidade de trabalhar num SUMC e, de na atualidade, desempenhar funções numa UCIP. Da sua realização, resulta uma análise critico-reflexiva daquilo que foram os objetivos definidos, bem como a descrição daquelas que foram as

competências inerentes ao Enfermeiro Especialista que houve a oportunidade de desenvolver.

O plano de estudos do CMEMC atesta que o grau de Mestre é conferido aos estudantes que demonstrem, entre outros, possuir a capacidade de desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais, éticas, legais e investigacionais necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem especializada de elevada qualidade na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª. Série – N.º. 35 – 18 de fevereiro de 2011, define como competência comum do Enfermeiro Especialista, basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, devendo o mesmo, suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. O Enfermeiro Especialista deve, desta forma, identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; investigar e colaborar em estudos de investigação; interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem; discutir as implicações da investigação.

O plano de estudos acima referido preconiza ainda o desenvolvimento de investigação, pelo que foi realizado um Estudo Empírico intitulado “*Delirium* no doente crítico: Fatores precipitantes”. A escolha do tema resulta da perceção de que o *delirium* no doente crítico é uma patologia pouco diagnosticada na UCIP. Tratando-se de uma realidade que afeta não só o doente, mas também os seus familiares e a equipe multidisciplinar, está associado a consequências nefastas, como é o caso da auto extubação, retirada de cateteres e sondas, dependência prolongada da ventilação mecânica, bem como, aumento do tempo de internamento na UCIP (Skrobik, Bergeron, Dumont & Gottfried, 2004).

*Delirium*, por si só, era algo que raramente se constituía como tema de reflexão no quotidiano da UCIP, pelo que a justificação da escolha do mesmo para realização do Estudo Empírico visou o aporte de algo de novo e útil para a UCIP, de forma a contribuir para novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. O objetivo geral do estudo pretende perceber quais os fatores precipitantes de *delirium* nos doentes internados na UCIP.



Assim, este relatório aspira ser mais do que uma descrição do caminho percorrido ao longo dos estágios, mas sim, uma análise das competências adquiridas enquanto aluno do CEMEC. Paralelamente, pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos com o estudo desenvolvido, bem como demonstrar as competências adquiridas na área da investigação científica, pelo que foram definidos os seguintes objetivos:

- Permitir uma autoanálise acerca da aquisição de competências próprias do Enfermeiro Mestre/Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver mestrias em investigação científica;
- Apresentar o percurso realizado para obtenção do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em situação Crítica.

Estruturalmente, no Capítulo I efetua-se uma contextualização dos campos de estágio, fazendo-se referência aos objetivos definidos para cada um. A reflexão acerca do desenvolvimento de competências encontrar-se-á em anexo. No Capítulo II aborda-se a contextualização do Estudo Empírico, definem-se os objetivos, apresenta-se o estado da arte relacionado com a temática em estudo, descreve-se a metodologia usada, apresentam-se e analisam-se os resultados, efetua-se a discussão dos mesmos, com base na vasta bibliografia consultada, e retiram-se as respetivas conclusões.



## **CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

*“A Enfermagem é uma arte, e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar de tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, pode-se dizer, a mais bela das artes”*

Florence Nightingale (1871, p.6)

O plano de estudos do CMEMC, 2015/2017, que compreende três semestres letivos, prevê um semestre de estágio capacitando, desta forma, o aluno naquilo que diz respeito à prática clínica, bem como à investigação e durante o qual deve ser desenvolvido um Relatório Final de Estágio.

À semelhança do que acontecera durante a Licenciatura, o estágio, assume papel primordial no desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro, e neste caso específico, enquanto Enfermeiro Especialista.

O mesmo decorreu durante o período de 12 de setembro de 2016 a 17 de fevereiro de 2017, dividido em 3 campos de estágio, dois deles de caráter obrigatório, SUMC e UCIP, e o terceiro campo de estágio, esse com alguma flexibilidade em relação à sua escolha, dentro de uma lista de algumas Unidades de Cuidados Intensivos Monovalentes. No presente caso, a ordem cronológica, serviço, bem como os respetivos orientadores, tal como testemunha o Cronograma de Estágio (Anexo I), foi a seguinte:

- De 12 de setembro de 2016 a 28 de outubro de 2016 – UCIP – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (ULSTMAD) – Hospital de Vila Real. Orientado pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Jandira Carneiro;
- De 31 de outubro de 2016 a 16 de dezembro de 2016 – SH – Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) – Hospital de Bragança. Orientado pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Cláudia Santos;
- De 2 de janeiro de 2017 a 17 de fevereiro de 2017 – SUMC – ULSNE – Hospital de Bragança. Orientado pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Diana Ferreira.

A OE, no Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª. Série – N.º. 35 – 18 de fevereiro de 2011, define as competências comuns ao Enfermeiro Especialista, afirmando que se trata de um Enfermeiro com aprofundado conhecimento num domínio específico da Enfermagem, acrescentando que o conjunto de competências especializadas, advém do aprofundar aqueles que são os domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. Assim, independentemente da área de especialidade, todos os Enfermeiros partilham das competências comuns.

Por sua vez, o Regulamento n.º 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª. Série – N.º. 35 – 18 de fevereiro de 2011, determina as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. O mesmo define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p.8656). Os cuidados de Enfermagem prestados a um doente crítico, assumem-se, portanto, como sendo altamente qualificados, prestados de forma contínua, respondendo às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida, da mesma forma que previnem complicações e limitam incapacidades, tendo como finalidade a recuperação total. A intervenção do Enfermeiro deve ser precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, conseguida com base numa boa observação, colheita e procura contínua de dados que permitam conhecer a situação da pessoa alvo da prestação de cuidados.

O referido regulamento atenta, também, “na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (...)” (Regulamento n.º 124/2011, p.8656).

É com base nos referidos regulamentos que foram delineados os objetivos, pelos quais foi orientado o estágio desenvolvido. De forma a simplificar a reflexão crítica acerca de cada um deles, surgiu a necessidade de os dividir e dissecar consoante o local de estágio.

### **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

- Participar em projetos institucionais na área da qualidade, incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da mesma;

- Tomar consciência do desempenho enquanto pessoa e Enfermeiro bem como, aprofundar conhecimentos no contexto de Cuidados Intensivos;
- Desenvolver a prática da prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

### **Serviço de Hemodiálise**

- Basear a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Manter um ambiente terapêutico seguro;
- Gerir a utilização de protocolos terapêuticos complexos.

### **Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

- Demonstrar comportamento ético, suportando a prática em princípios, valores e normas deontológicas;
- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica;
- Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A reflexão sobre o desenvolvimento de competências encontra-se em documento anexo a este trabalho (Anexo II).





## **CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

O presente estudo visa responder ao definido no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, no que concerne o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas, legais e investigacionais necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem especializada de elevada qualidade na área da Médico-Cirúrgica. O mesmo foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Hospital de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Conscientes de que toda a evolução científica, médica e tecnológica que tem acontecido, de forma célere, nas últimas décadas, permitiu que as condições de saúde das populações melhorassem e, como consequência, aumentassem os níveis de qualidade de vida. No entanto, a saúde mental, só muito recentemente tem vindo a ser alvo de investigações e interesse científico, particularmente na área da prestação de Cuidados de Enfermagem. Um dos desafios com que os Enfermeiros, a desempenhar funções em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se deparam hoje em dia, prende-se com o proporcionar ao doente um ambiente terapêutico e seguro (Urden & Stacy, 2008).

Para Mendonça (2011) “estes profissionais têm que ser capazes de prestar cuidados de qualidade, com a maior competência, usando as tecnologias apropriadas e incorporando abordagens psicossociais, visando tratar o doente de forma holística. O cuidar é fundamental para o relacionamento entre doente e Enfermeiro e para a experiência no ambiente de saúde.” (p.21).

No âmbito dos Cuidados Intensivos, é prática generalizada a atuação invasiva com o objetivo de monitorizar agressivamente a ocorrência de disfunções orgânicas, sendo relegadas para segundo plano, as consequências que estes procedimentos podem provocar a nível cerebral ou no sistema nervoso central, particularmente no que se relaciona com as complicações do internamento hospitalar, da ventilação mecânica, dos medicamentos administrados e de todo o meio envolvente de uma UCI, que inexoravelmente desagua no *delirium* (Ely *et al.*, 2010).

Conforme Poirier (2008), o *delirium* está presente em 10 a 60% dos doentes hospitalizados, números que aumentam para 60 a 80% quando se trata de doentes

hospitalizados em Unidades de Cuidados Intensivos, Segundo o autor, o mesmo não é diagnosticado em 32 a 66% dos casos.

O *delirium* associado ao internamento em Cuidados Intensivos caracteriza-se por uma disfunção orgânica cerebral que origina um declínio cognitivo. Clinicamente manifesta-se por uma flutuação do nível de consciência, ilusões, alucinações e alterações comportamentais. (Émond, 2001).

Para Skrobik (2008) o reconhecimento da existência de uma associação entre o *delirium* e o aumento de co-morbilidades é conhecido desde o tempo de Hipócrates, tornando inequívoca a necessidade de proceder ao diagnóstico do mesmo, recorrendo, para tal, ao uso de escalas validadas, como é o caso da *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC).

Haller (2015) afirma que “em 2015, o *delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos, permanece um problema que aguarda resolução. Ainda ocorre com muita frequência, possuindo um impacto negativo durante o internamento na UCI, acarretando consequências nefastas, mesmo depois da saída do Hospital.” (p.696).

Considerando os desafios supracitados, o presente trabalho pretendeu responder à seguinte questão de investigação:

*Quais os fatores precipitantes de delirium nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Hospital de Bragança, da ULSNE?*

Para a prossecução do objetivo principal, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Reconhecer a tipologia dos doentes sedados na UCIP;
- Avaliar a prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP;
- Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* nos doentes internados na UCIP;
- Propor um plano de ação com o intuito de diminuir casos de *delirium* em doentes críticos.

O presente estudo encontra-se dividido em seis subcapítulos:

- O primeiro, corresponde à contextualização do estudo e objetivos, são apresentados os fundamentos do mesmo e explicada a sua estrutura;
- No segundo, encontra-se espelhado o estado da arte. No decorrer do mesmo, são apresentados e discutidos os conceitos pertinentes para a concretização do estudo empírico que se apresenta, suportados por diversos autores;
- O terceiro é constituído pela metodologia, ou seja, neste capítulo declara-se o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, as variáveis do estudo, as considerações éticas e, ainda, os procedimentos de análise de dados;
- Segue-se o quarto, sendo este caracterizado pela apresentação e análise dos resultados obtidos;
- O quinto integra a interpretação e discussão dos resultados obtidos, para, desta forma, dar resposta aos objetivos delineados;
- O sexto, e último, compreende as conclusões, suas implicações práticas e inclui sugestões de maior aprofundamento do tema.



## **2. ESTADO DA ARTE**

### **2.1. Origem e evolução do conceito de *delirium***

Etimologicamente o termo *delirium* deriva do latim *delirare*, que significa “estar fora do lugar”. No entanto, atualmente, este termo traduz-se no “estar confuso, perturbado, fora de si” (Ely *et al.*, 2001).

Segundo Morandi *et al.* (2008) o verbo *delirare*, do qual advém o termo *delirium*, encontra-se originalmente relacionado com a agricultura, cujo significado resulta da imagem de um homem louco a lavrar um campo sem ter um plano definido, ao acaso, totalmente desorientado. Neste seguimento, o verbo *delirare* traduzia a ação de ser louco, demente ou parvo.

Considera-se que o *delirium* foi uma das primeiras perturbações neurológicas reconhecidas na literatura médica. A sua origem data do tempo de Hipócrates (460-366 a. C.), tendo em conta que nos seus trabalhos se encontram diversas referências a sintomas que, na atualidade, poderiam enquadrar-se no *delirium*. No desenvolvimento do seu trabalho, Hipócrates, estabeleceu a relação entre alterações mentais ou psíquicas e doença física, como por exemplo febre, meningite, entre outros. Da relação estabelecida entre as alterações mentais ou psíquicas e a doença física, Hipócrates definiu a síndrome “phrentis” caracterizando-a pela associação entre a confusão e a inquietação à doença física, e mais frequentemente, febres (Morandi *et al.*, 2008).

Depreende-se que a palavra *delirium*, associada à medicina, data do século I d.C., tendo sido introduzida por Celsus com o intuito de descrever os estados decorrentes de distúrbios mentais que se desenvolviam em diversificados contextos, frequentemente associados a febres ou trauma craniano. Nesta fase o termo *delirium* pretendia unificar as síndromes “phrenitis” e “lethargus”, tendo em conta que se observava a frequente transição entre as duas. Deduz-se, assim, que o termo *delirium* começou a ser utilizado alternadamente com “phrenitis” e “lethargus”, sendo que, a segunda descrevia um estado de confusão associada a doença física com sonolência ou inércia (Caraceni & Graci, 2011).

Os autores destacam o artigo publicado por James Sims no final do século XVIII que pretendia diferenciar o *delirium* da loucura e descrever as duas vertentes clínicas da doença: o *delirium* hipoativo (apático) e o *delirium* hiperativo (agitado).

O seu significado manteve-se dúbio até ao século XIX, tendo em conta que, ao termo *delirium* estava associada a designação geral de loucura, e às perturbações mentais agudas estavam associadas as doenças febris.

Com a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA), foi adotado pela primeira vez o termo *delirium* enquanto diagnóstico, pretendendo facilitar a diversificada terminologia impregnada anteriormente para definir a disfunção cerebral generalizada no contexto de doença aguda ou intoxicação por diversas substâncias, aspeto que remete para uma autêntica revolução da Psiquiatria.

Assim, o conceito de *delirium* sofreu, no início de década de 1980, profundas mudanças, que vieram trazer alguma ordem a este termo, tendo em conta que, nesta década o *delirium* foi incluso na nosografia psiquiátrica de forma sistémica. No entanto, tem-se verificado o incremento de múltiplas alterações ao conceito que resultam da investigação realizada e da experiência clínica desenvolvida (Caraceni & Graci, 2011).

### **2.1.1. Definição e critérios de diagnóstico**

Conforme descrito pelo DSM-V, o *delirium* caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência e por uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto espaço de tempo, que pode variar de horas a poucos dias. O termo *delirium* não deve ser atribuído a uma demência preexistente ou que se encontre em evolução, tendo em conta que advém de uma intoxicação ou privação de substâncias, do uso de medicamentos, da exposição a substâncias tóxicas, de um estado físico geral ou, ainda, da combinação de dois ou mais dos fatores anteriormente mencionados (American Psychiatric Association, 2002). Khan, Khan e Bourgeois (2009) acrescentam, ainda, que esta síndrome neurocomportamental, surge como consequência do comprometimento temporário da atividade cerebral e que resulta de distúrbios sistémicos, com início agudo associado frequentemente a alterações do ciclo sono-vigília, uma vez que o doente com *delirium* apresenta sonolência diurna e agitação noturna.



Para Urden e Stacy (2008) esta síndrome caracteriza-se pelo compromisso reversível dos processos cognitivos associado a diversos fatores como são exemplo a desorientação e as percepções sensoriais, podendo dar origem a alucinações.

Conforme nos descreve Braz (2009), esta síndrome mental orgânica aguda caracteriza-se, oficialmente, enquanto distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção, que se caracteriza pelo início agudo e flutuante da função cognitiva, desenvolve-se num curto período de tempo, estando a capacidade do doente em receber, processar, armazenar e memorizar informações modificada.

Como exposto anteriormente, a definição e a classificação desta síndrome tem sofrido diversas alterações. Segundo Caraceni e Grassi (2011), foi com a publicação do DSM-IV, em 1994, que se denotaram as maiores alterações no que concerne à classificação e critérios de diagnóstico do *delirium*. Assim sendo, conforme referem os autores supramencionados, com a edição do DSM-IV, a secção Perturbações e Síndromes Mentais Orgânicas do DSM-III-R extinguiu-se, sendo substituída por três secções diferentes que se designam por: *Delirium*, *Demência*, *Perturbações Mnésicas e outras Perturbações Cognitivas*; *Perturbações Mentais Secundárias a Um Estado Físico Geral*; e, por último, *Perturbações Relacionadas com Substâncias*. No ano 2000, com a publicação no DSM-IV-TR, o DSM-IV sofreu algumas alterações, não se verificando, no entanto, modificações no que diz respeito aos critérios de diagnóstico do *delirium*.

Atualmente, e conforme apresentado pela publicação do DSM-V (APA, 2013), são cinco os critérios de diagnóstico do *delirium*:

- a. Perturbação da atenção (redução da capacidade de direccionar, focar, manter e mudar a atenção) e orientação em relação ao meio ambiente;
- b. A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a alguns dias) e representa uma alteração aguda relativamente ao estado basal que não é exclusivamente atribuível a outra perturbação cognitiva e cuja gravidade tende a flutuar ao longo dia;
- c. Uma mudança num domínio cognitivo adicional, como défice de memória, desorientação ou perturbação da percepção, que não é melhor explicada por outra patologia neurocognitiva preexistente, estabelecida ou em evolução;
- d. As alterações A e C não devem ocorrer quando estiver presente um nível de consciência muito reduzido, como por exemplo, o coma;

- e. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica como seja uma intoxicação ou abstinência de substância, de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Através da edição do DSM-IV-TR, pode verificar-se que são diversas as perturbações descritas na secção *delirium*, nomeadamente, o *Delirium secundário a estados físicos gerais*, o *Delirium induzido por substâncias*, o *Delirium por múltiplas etiologias* e, o *Delirium sem outra especificação* (American Psychiatric Association, 2002). Todas estas perturbações apresentam em comum as alterações de consciência e cognição, sendo distinguidas pela etiologia.

Caraceni e Grassi (2011) referem que a classificação e a definição de *delirium* que nos são apresentadas pela *Organização Mundial de Saúde* (OMS) na *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) e pelo DSM-V são semelhantes.

Assim, segundo a OMS, como descrito na secção *Perturbações Mentais e do Comportamento* da ICD-10, o *delirium* define-se enquanto síndrome cerebral orgânica de etiologia não especificada caracterizando-se por perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do comportamento psicomotor, da emoção e do ciclo sono-vigília. A OMS (2007) faz referência aos termos que se encontram interligados com o *delirium* como a síndrome cerebral, o estado confusional (não alcoólico), a psicose infecciosa, a reação orgânica e, ainda, a síndrome psico-orgânica.

A história clínica, a observação do comportamento e a avaliação do estado mental são os aspetos tidos em consideração na realização do diagnóstico do *delirium*.

O *delirium*, enquanto síndrome neurocomportamental, pode ser categorizado, segundo o comportamento psicomotor, em hiperativo, hipoativo e misto (Liptzin & Levkoff, 1992). Passando à descrição dos subtipos de *delirium*, segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2010), o primeiro descreve-se pelo comportamento inquieto, agitado e agressivo do doente, pelas alucinações e pela instabilidade emocional e, por outro lado, o segundo caracteriza-se pela apatia, letargia, introversão e sonolência. Por último, o terceiro subtipo de *delirium* evidencia a alternância de sintomas dos dois padrões referidos anteriormente.

Assim, segundo Braz (2009), a delimitação do quadro clínico desta síndrome, assenta na alteração da consciência e da cognição, sem desmerecer o início súbito e a etologia orgânica. Estando associada a diversificadas condições médicas, esta patologia é de difícil diagnóstico.

### 2.1.2. Fisiopatologia

Diversos autores (Hughes, Brummel, Vasilevskis, Girard & Pandharipande, 2012) apresentam unanimidade no que concerne à perspectiva dos mecanismos fisiopatológicos do *delirium*, sendo que a fisiopatologia desta síndrome não está totalmente esclarecida. É sabido que o *delirium* tem origem em disfunções corticais e subcorticais, que se encontram relacionadas com as alterações nas concentrações de neurotransmissores em que, os períodos de disfunção dos mesmos podem acarretar, a nível cerebral, impacto na vida do doente a curto e a longo prazo.

Independentemente da etiologia, considera-se que o *delirium* resulta de uma alteração na neurotransmissão. Para Leentjens e Mast (2005) são diversos os neurotransmissores que se encontram associados ao desencadeamento do *delirium* (tabela 1), em que o seu declínio promove a diminuição da atividade colinérgica, o excesso de libertação de dopamina e a alteração da atividade da serotonina ou do GABA.

No entanto, pensa-se que o principal mecanismo fisiopatológico do *delirium* se relaciona com o défice de acetilcolina e respetiva interferência na consciência, atenção e cognição, bem como com o excesso de dopamina, ou a junção de ambas sendo que, de qualquer processo que interfira com a função da neurotransmissão pode resultar no *delirium*.

Tabela 1 - Alterações da neurotransmissão identificadas no *delirium*

Alterações da neurotransmissão no <i>delirium</i>		
Atividade diminuída	Atividade diminuída/aumenta	Atividade aumentada
Acetilcolina	Norepinefrina	Dopamina
Triptofano	GABA	Glutamato
	Serotonina	B-endorfina
		Melatonina

Fonte: Khan, A., Khan, D. e Bourgeois (2009, p.227)

Segundo Hshieh, Fong, Marcantonio e Inouye (2008), a acetilcolina assume um papel fundamental no desenvolvimento do *delirium*. Assim, segundo os autores, o ácido gama-aminobutírico e o glutamato, a melatonina, a serotonina, a dopamina e, ainda, a noradrenalina têm implicação direta na diminuição do nível de acetilcolina.

O excesso de dopamina encontra-se associado ao *delirium* hiperativo e psicose, que pode ser agravada pela hipoxia e do qual resulta a sobreposição anatômica nas vias dopaminérgicas e colinérgicas. Resulta do excesso de noradrenalina e das alterações de serotonina (excesso ou deficiência) (Hshieh, Fong, Marcantonio & Inouye, 2008). A dopamina ostenta um papel fundamental na atenção e nas funções cognitivas, nomeadamente, no raciocínio e na percepção e, também, na atividade motora.

A deficiência de melatonina, que provém do processo de envelhecimento e da deficiência de acetilcolina provoca alterações na serotonina que levam à diminuição do nível de acetilcolina. O excesso de serotonina instiga o comprometimento da aprendizagem, da memória e da atividade cortical electroencefalográfica (Hshieh, Fong, Marcantonio & Inouye, 2008).

Os mesmos autores afirmam que o excesso de noradrenalina, que se associa ao *delirium* hiperativo, mais especificamente, ao comprometimento da modulação da atenção, ansiedade e humor, interfere não só com a acetilcolina, mas também com a dopamina.

Assim, à origem do *delirium* encontram-se associados o aumento de libertação de dopamina e a disfunção da função colinérgica bem como dos fármacos antipsicóticos opostos da dopamina que são utilizados no seu tratamento (Braz, 2009).

Segundo Braz (2009) a hipoxia, a hipoglicémia e a diminuição de tiamina são fatores fundamentais para o desenvolvimento do *delirium*, tendo em conta que os mesmos dão origem à redução da síntese de acetilcolina.

Em suma, não existe uma via neuronal comum para os mecanismos fisiopatológicos do *delirium*, no entanto, esta síndrome neurocomportamental pode advir de diversas anormalidades de neurotransmissores, e que, segundo Bottino e Ávila (2006), constitui uma síndrome que se verifica maioritariamente em doentes detentores de qualquer síndrome orgânica cerebral.

### 2.1.3. Etiologia e fatores de risco

O *delirium* comumente conhecido como estado confusional agudo é, frequentemente, considerado como uma condição multifatorial que compreende distúrbios em diversos domínios do sistema nervoso central (Caraceni & Grassi, 2011).

A atribuição do diagnóstico desta síndrome prevê a especificação da etiologia presumível que, conforme nos descreve a APA (2013), pode enquadrar-se em quatro categorias etiológicas distintas, nomeadamente:

- a. *Delirium* que resulta de uma condição médica;
- b. *Delirium* induzido por substância;
- c. *Delirium* que resulta de múltiplas etiologias;
- d. *Delirium* sem outra especificação.

Os fatores de risco encontram-se divididos entre fatores predisponentes (tabela 2) que correspondem à vulnerabilidade do doente e fatores precipitantes que integram os insultos nocivos. Embora em alguns casos esta síndrome possa ser desencadeada por um fator isolado, é mais comum a inter-relação entre os fatores supramencionados.

A adoção da classificação dos fatores predisponentes e precipitantes foi adotada com o intuito de entender a contribuição dos diversos fatores de risco na etiopatogénese multifatorial desta síndrome.

Conforme refere Balas, Rice, Chaperon, Smith, Disbot e Fuchs (2012) os fatores precipitantes poderão ser reversíveis e, contrariamente, os fatores predisponentes não são, geralmente, modificáveis o que significa que, de uma forma geral, em contexto de internamento hospitalar os fatores precipitantes correspondem a fatores instalados durante o internamento enquanto os fatores predisponentes estão, frequentemente, presentes na admissão.

Tabela 2 - Fatores predisponentes do *delirium*

<b>Fatores predisponentes do <i>delirium</i></b>	
Défice cognitivo	Idade avançada
Antecedentes de <i>delirium</i>	História de abuso de álcool
Pluripatologia ou doença grave	Antipsicóticos
Dependência funcional	Polimedicação
AVC prévio	Défice sensorial
Desidratação	Depressão
Desnutrição	

Fonte: Lôbo, Silva, Lima, Ferriolli e Moriguti (2010, p.251)

Young e Inouye (2007) consideram que os principais fatores predisponentes são a idade avançada, a pluripatologia e o défice cognitivo, nomeadamente a demência grave.

No que concerne aos fatores precipitantes (tabela 3) pode referir-se que estes acionam os mecanismos fisiopatológicos do *delirium*.

São diversificados os “insultos agudos” consistentemente identificadores de *delirium*. Na tabela que se segue são apresentados os fatores precipitantes mais comumente relacionados com esta síndrome.

Tabela 3 - Fatores precipitantes do *delirium*

<b>Fatores precipitantes do <i>delirium</i></b>	
Fármacos	Desnutrição
Procedimentos médicos/cirúrgicos	Iatrogenia
Doenças agudas: infeções, febre, AVC, trauma, falência orgânica, epilepsia, neoplasia	Distúrbios metabólicos e hidro-eletrolíticos
Défices vitamínicos	Distúrbios ácido-base
Imobilização prolongada	Mudanças de ambiente (fator não independente)
Stresse emocional	Abuso ou abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas)
Restrição física	Privação do sono prolongada
Desidratação	Polimedicação
Distúrbios endócrinos	Anemia significativa
Admissão em UCI (fator não independente)	Privação/sobrecarga sensorial

Fonte: Lôbo, Silva, Lima, Ferriolli e Moriguti (2010, p.251)

No que diz respeito aos fatores precipitantes importa, no contexto do trabalho que se apresenta, enfatizar os fármacos (tabela 4) enquanto fator etiológico do *delirium*. Assim sendo, torna-se fundamental referir que os fármacos revelam-se um fator precipitante de *delirium* quando a sua administração precede o início dos sintomas desta síndrome, num curto espaço de tempo, e após a sua suspensão se verifica o retorno à base do funcionamento cognitivo.

Os fármacos que mais se associam ao *delirium* são compostos por propriedades anticolinérgicas, sendo inúmeros aqueles que possuem estas características e estão disponíveis no mercado, dos quais se destacam os anti-histamínicos e sedativos com propriedades anticolinérgicas.

O risco de desenvolvimento de *delirium* pode estar associado à administração de determinados fármacos dividindo-se os mesmos em grupos de fármacos de alto risco (medicamentos com atividade anticolinérgica) e grupos de fármacos de médio risco (benzodiazepinas, furosemida, inibidores dos recetores H2).

Tabela 4 - Fármacos associados ao desenvolvimento de *delirium*

<b>Fármacos associados ao desenvolvimento de <i>delirium</i></b>
- Anticolinérgicos: anti-histamínicos, atropina, hioscina, difenidramina, tricíclicos
- Antimicrobianos: quinolonas, aciclovir, macrolídeos, sulfonamidas, cefalosporinas, aminoglicosídeos, anfotericina
- Analgésicos: opióides, AINE's
- Corticosteróides
- Agonistas dopaminérgicos: levodopa, pramipexol, bromocriptina, amantadina
- Anticonvulsivantes: ácido valpróico, fenitoína, carbamazepina
- Antidepressivos: mirtazapina, inibidores de recaptção de serotonina, tricíclicos
- Sedativos: benzodiazepinas, barbitúricos
- Relaxantes musculares
- Cardiovasculares: antiarrítmicos, betabloqueadores, metildopa, clonidina, diuréticos, digitálicos
-Gastrointestinais: bloqueadores H2, metoclopramida, loperamida, antiespasmódicos
- Outros: fitoterápicos, lítio, donepezil, fenotiazinas

Fonte: Lôbo, Silva, Lima, Ferriolli e Moriguti (2010, p.251)

## 2.2. Unidades de Cuidados Intensivos

A origem de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) não é consensual para diversos autores embora, segundo Miller e Swensson (2002), a criação da primeira UCI date de 1930 num hospital alemão. Por outro lado, conforme refere a *Society of Critical Care*, a *Sociedade Americana de Medicina Intensiva* defende que a UCI teve origem nos Estados Unidos da América, embora com data desconhecida, após o Dr. W. E. Dandy abrir camas para doentes para a recuperação do pós-operatório de neurocirurgia.

Para Carrillo (2011) torna-se fundamental, no contexto que se apresenta, referenciar Florence Nightingale que, em 1853, durante a guerra da Crimeia foi pioneira na estratificação dos doentes, concedendo prioridades nos cuidados a prestar e, em 1863, aplicou esta metodologia, ao desenvolver um espaço restrito ao lado do bloco operatório, com o intuito de alocar os soldados após serem submetidos a intervenções cirúrgicas dando, desta forma, origem às primeiras unidades pós-anestésicas. A criação destas unidades e o trabalho desenvolvido por Nightingale deram origem ao conceito de UCI.

Historicamente, denotou-se o impulso no desenvolvimento destas unidades aquando da verificação de melhoria do estado clínico de doentes críticos que se encontravam inseridos num ambiente comum, em que a análise e o cuidado prestado relativamente às funções vitais dos utentes eram efetuados a partir de um mesmo local de observação.

Moreno (2000) define que a implementação das UCI em Portugal foi conturbada, tendo em conta que era, diversas vezes, condicionada pelos interesses locais. Existem evidências, nomeadamente registos que, remontam para a criação das UCI em Portugal para a década de sessenta e setenta do século anterior, nos Hospitais Universitários do Porto e de Coimbra. Os cuidados ao doente grave eram, no final da já referida década de setenta, prestados em salas designadas de reanimação ou de cuidados especiais, frequentemente alocadas ao Serviço de Urgência.

Com o decorrer do tempo verificaram-se diversas alterações ao nível das UCI que resultaram de um maior entendimento da fisiopatologia, dos métodos utilizados e das técnicas de diagnóstico, nas diferentes áreas de tratamento o que levou, também, a mudanças na administração das Unidades Hospitalares e, conseqüentemente, dos diversos departamentos especializados. Assim, com a evolução das UCI pôde verificar-



se que estas unidades se tornaram em espaços compostos por recursos humanos e tecnológicos especializados.

Segundo a DGS (2003) as UCI podem definir-se enquanto locais qualificados para a prestação de cuidados integrais aos doentes graves, com falências múltiplas de órgãos, adquirindo um carácter de suporte e de prevenção com o intuito de reverter as falências e complicações decorrentes, sendo, assim, considerado um local de passagem para doentes críticos, e, como tal, por períodos transitórios.

Tendo em conta a sua evolução, tornou-se necessário classificá-las quanto aos níveis de cuidados, à forma como são geridas e, ainda, ao tipo de doentes e, consequentemente, necessário classificar os doentes admitidos nestas unidades.

No início dos anos 60 do século XX, Lockward e seus colaboradores, propuseram um conceito de nível de cuidados, no entanto, a operacionalização do mesmo foi efetuada em 1983 por elementos de uma conferência de consenso em Bethesda (National Institutes of Health, 1983). Segundo a classificação apresentada por Lockward, as UCI deveriam ser divididas em quatro grupos distintos, conforme o nível de cuidados que o doente apresenta.

Nos anos 80, a classificação supracitada foi considerada insuficiente pela *Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos* e, assim sendo, foi desenvolvida por um grupo de trabalho da dita Sociedade uma nova classificação com base no rácio enfermeiro/doente que distingue 3 níveis de cuidados, sendo esta a classificação adotada nos dias de hoje pela DGS em Portugal.

As técnicas utilizadas e as valências disponíveis nos hospitais são os aspetos que a DGS tem em conta na classificação das UCI. Assim, e segundo a OE (2014), o nível I corresponde à monitorização, geralmente não invasiva. Por outro lado, o nível II objetiva a monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. Em último lugar, o nível III que corresponde aos Serviços de Medicina Intensiva/UCI e inclui, preferencialmente, recursos humanos próprios ou por médicos e enfermeiros funcionalmente dedicados, assistência médica qualificada que se encontre em presença física durante 24 horas; prevê a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; e, por último, deve dispor ou executar medidas

de controlo contínuo de qualidade e ter planos de ensino e treino em cuidados intensivos para os profissionais.

Para Aleixo (2007, p.3) a Unidade de Cuidados Intensivos é

um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuar-lo noutros serviços do Hospital, possuindo como principais objetivos:

- Proporcionar aos utentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento / S.O. a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogénea aos que aí permanecem;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco;
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e o equipamento de custos mais elevados.

Atendendo às características das UCI, acima descritas, estas constituem-se como um local ideal para que os doentes, aí internados, possam desenvolver *delirium* durante a permanência nas referidas unidades.

### **2.3. *Delirium* no doente internado nos Cuidados Intensivos**

O *delirium* enquanto distúrbio da consciência, atenção, cognição e perceção caracteriza-se pelo início agudo e flutuante da função cognitiva, constitui uma síndrome subdiagnosticada e que é a forma mais comum de disfunção cerebral ao qual está associado o aumento significativo da morbilidade e da mortalidade no doente grave ou crítico, sendo que afeta 80% dos doentes admitidos nas UCI (Faria & Moreno, 2013). No entanto, esta síndrome é, geralmente, desvalorizada não sendo reconhecida com importância semelhante à disfunção de outros órgãos.

Segundo Ely *et al.* (2004) o *delirium* é corretamente diagnosticado e tratado em apenas 32% a 66% dos doentes críticos sendo que, esta síndrome é desvalorizada pelos profissionais de saúde, tendo em conta que, não se constata ser o motivo do internamento, e ser considerada por diversos profissionais de saúde como uma iatrogenia desenvolvida por fármacos ou uma psicose do doente crítico. Neste seguimento torna-se importante referir que se verifica, frequentemente, uma ausência de precisão no diagnóstico de *delirium* nas UCI, tendo em conta que esta síndrome não recebe muita atenção por parte dos profissionais que integram estas unidades de cuidados pois raramente se verifica enquanto razão primária de admissão de doentes.

O *delirium* nas UCI caracteriza-se não só pelo distúrbio da consciência, atenção, cognição e perceção como referido anteriormente, mas também, pela permanência do doente nesta unidade de cuidados (Faria & Moreno, 2013) sendo que, as alterações se manifestam pela diminuição da orientação, pelos delírios e alucinações e pelo comportamento desadequado, entre outros. Segundo McGuire, Basten, Ryan e Gallagher (2000), o *delirium* desenvolve-se nos primeiros dias de internamento na UCI e tem uma durabilidade de 24 a 48 horas embora alguns estudos revelem que a duração média do *delirium* seja de 14,7 dias.

Émond (2001) afirma que as manifestações clínicas do *delirium* correspondem à flutuação do nível de consciência, pensamento desorganizado, discurso desordenado e incoerente, problemas da memória, dificuldade na manutenção da concentração, taquicardia, desorientação, náuseas, palidez, comportamento desadequado, delírios ou alucinações, distúrbios de sono, hiperatividade e suores.

Ely *et al.* (2001) consideram que existe uma associação direta entre a ocorrência de *delirium*, e a hospitalização prolongada, alterações cognitivas e de consciência e, consequentemente o aumento da mortalidade.

Também Pandharipande, Jackson e Ely (2005, p.360) definem *delirium* enquanto “mudança aguda e flutuante no estado mental, com desatenção e nível alterado de consciência”, sendo durante muitos anos considerado como consequência normal do ambiente que envolve a UCI diminuindo, desta forma, a importância de um diagnóstico médico coerente e sério, para a maioria dos prestadores de cuidados de saúde. Recentemente, esta falta de reconhecimento foi relacionada com o aumento da mortalidade de “(...) 25 a 33% (...) na Unidade de Cuidados Intensivos”, “(...) um

aumento de 49% no tempo de permanência em relação a situações não delirantes, na Unidade de Cuidados Intensivos.” (Pandharipande, Jackson & Ely, 2005, p.336).

Os fatores de risco do *delirium* dos doentes internados na UCI são diferentes dos fatores de risco a que os mesmos estão sujeitos nos mais diversos serviços hospitalares. De acordo com Pandharipande *et al.* (2006), alguns autores defendem que a sedação através do recurso a determinados medicamentos, como as benzodiazepinas, provoca o aumento da ocorrência do *delirium*. Assim sendo, segundo nos referem Dubois, Bergeron, Dumont, Dial e Skrobik (2001), o efeito da iatrogenia causada pelos medicamentos sedativos, e não a dose desses mesmos medicamentos, constitui o principal fator de risco do *delirium* em pacientes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Urden e Stacy (2008) referem que são diversos os fatores que dão origem à agitação do doente grave nas UCI, nomeadamente, os procedimentos dolorosos e invasivos, a privação do sono, o medo e a ansiedade, entre outros, que se revelam um desafio para a equipa que integra a unidade de cuidados.

Segundo os autores referidos no parágrafo anterior, a utilização dos sedativos no doente crítico na UCI deve-se à agitação que o mesmo apresenta. No entanto, a necessidade de administração de analgésicos e sedativos podem exacerbar os sintomas de *delirium*.

Acrescentam que, ao *delirium* encontram-se associados comportamentos e consequências negativas como, por exemplo, a remoção de cateteres e sondas, a dependência prolongada de ventilação mecânica, o internamento prolongado nas UCI, o aumento da mortalidade e, também, o aumento da probabilidade de institucionalização.

Assim, o *Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult* elaborado, em 2002, por diversas organizações, nomeadamente, o *American College of Critical Care Medicine*, a *Society of Critical Care Medicine*, a *American Society of Health-System Pharmacists* e o *American College of Chest Physicians*, tendo por base diversas evidências científicas acerca do *delirium* no doente grave, refere que esta síndrome deve ser monitorizada rotineiramente para que, desta forma, facilite o seu diagnóstico precocemente e, também, para a aquisição de dados que permitam avaliar a incidência em ambiente de UCI. Segundo Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima e Salluh (2010) esta monitorização possibilita não só indicar a disfunção orgânica inicial, como também prever as lesões acidentais provenientes do

internamento na UCI, promovendo, desta forma, um ambiente seguro para o utente e possibilitando a adequação de medidas preventivas e terapêuticas para, assim, permitir a diminuição das perdas no que à qualidade de vida diz respeito.

A implementação de uma monitorização eficiente do *delirium* na UCI está dependente da mudança da cultura desta unidade, tendo em conta que, nos dias de hoje, a equipa de saúde ainda entende esta síndrome como inevitável ou como parte integrante de um quadro de doença crítica (Brummel, Vasilevskis, Boehm, Han, Pun & Ely, 2013).

Constatando-se que o *delirium* constitui um problema multifatorial para os utentes internados na UCI, será necessária a implementação de uma abordagem interdisciplinar para monitorizar, gerir e tratar esta síndrome.

A redução da incidência do *delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos deve ser considerada um indicador de qualidade com o intuito de melhorar a prestação de cuidados prestados ao doente (Faria & Moreno, 2013).

Na mesma linha de pensamento, para Milisen, Lemiengre, Braes e Foreman (2005), a operacionalização de estratégias de prevenção do *delirium* nas UCI deve resultar da cooperação multidisciplinar. As estratégias de prevenção desta síndrome são apoiadas pela avaliação dos fatores de risco, principalmente pelos fatores precipitantes, como:

- a. Promoção da orientação (espaço, tempo, pessoa e situação);
- b. Manutenção de oxigenação e tensão arterial em níveis adequados;
- c. Identificação e limitação da utilização de medicação delirogénica (benzodiazepinas, anticolinérgicos, opióides e anti-histamínicos);
- d. Controlo da dor;
- e. Início precoce de mobilizações;
- f. Controlo da eliminação vesical e intestinal;
- g. Prevenção de alterações sensoriais;
- h. Promoção da atividade física;
- i. Fomento do envolvimento da família;
- j. Promoção da higiene do sono;
- k. Evitar alterações de ambientes (Tropea, Slee & Brand, 2008).

Em suma, tendo em conta que esta síndrome é comum nos doentes internados na UCI, é notório que a implementação de um rastreio do *delirium* bem definido, integrado num

protocolo bem estruturado, com metodologias de intervenção adequadas acarretará benefícios não só de ordem clínica, como de ordem económica, (Faria & Moreno, 2013).

### **2.3.1. Relação entre sedação e *delirium***

Tendo em conta a temática do trabalho que se apresenta e que a sedação se reconhece como um método terapêutico comumente implementado nas UCI importa estabelecer uma abordagem à relação existente entre a sedação e o *delirium* do doente crítico internado nesta unidade de cuidados.

Como anteriormente referido, nas UCI, os doentes são expostos a diferentes procedimentos invasivos do qual podem resultar o desconforto, ansiedade, medo e dor para o paciente. Considerando esses procedimentos o método terapêutico, torna-se fulcral complementar os cuidados prestados, sendo a terapia medicamentosa realizada por diversos fármacos. Este método terapêutico visa promover o alívio da ansiedade e medo; controlar a agitação e o *delirium*; promover o repouso noturno; e, ainda, reduzir o desconforto provocado pelos “tubos”, ventiladores, entre outros, pretendendo, desta forma, e atendendo ao grau de comprometimento clínico do paciente, proporcionar-lhe o maior nível de conforto e bem-estar possível.

Assim, para Knobel (2006, p.1654)

A sedação está indicada para diminuir a ansiedade e o medo, adequar o ciclo sono-vigília, diminuir o hipermetabolismo, controlar sintomas cardiovasculares como taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigénio, obter amnésia durante paralisia da musculatura respiratória, controlar a agitação e facilitar a ventilação mecânica.

Para Miller (2003) os sedativos tendem a deprimir o sistema nervoso central e, consequentemente, a causar fadiga e atividade mental reduzida.

Neste seguimento importa referir que a sedação enquanto terapia medicamentosa, ganha destaque nas UCI, constituindo um método terapêutico comumente utilizado em doentes críticos, principalmente em doentes que são submetidos à ventilação mecânica, com o intuito de promover o seu conforto.

A sedação profunda é utilizada pela equipa de saúde com o intuito de minimizar a ansiedade do doente (Shinotsuka & Salluh, 2013). No entanto, segundo os mesmos autores, a utilização de sedativos de forma ilimitada nos pacientes críticos está, frequentemente, associada à sedação excessiva, o que leva ao aumento de tempo de internamento na UCI.

As metodologias terapêuticas sedativas inadequadas podem acarretar para o doente internado na UCI estados de sub-sedação, sobre-sedação ou aumentar sintomas de *delirium*.

Quando diagnosticado *delirium* Pandharipande *et al.* (2006, p.26) apontam que a prescrição mais comum encontrada em utentes com um agravamento de episódios delirantes são as Benzodiazepinas, como o Lorazepam, associadas a uma “(...) probabilidade de transição para o *delirium* de 100%, quando administrados 20 mg ou mais, num período de 24 horas, numa Unidade de Cuidados Intensivos”, o mesmo não acontecendo com outra medicação administrada no mesmo estudo, como Morfina, Fentanilo e Propofol, todos associados ao desenvolvimento de *delirium*, mas com resultados que não apresentam associação estatística entre a ocorrência desta patologia e a sua administração.

Neste contexto, já em 2002, foram anunciados pela *Sociedade Médica de Cuidados Intensivos* critérios de utilização na sedação de utentes nas UCI, tendo sido revistos em 2013, pelo reconhecimento e associação de *delirium* a alguma medicação administrada (tabela 5).

Em consequência das complicações relacionadas com os métodos terapêuticos sedativos, verifica-se que as recomendações mais recentes pretendem incitar a prescrição de uma sedação dita “mais leve”.

Tabela 5 - Principais diferenças entre as diretrizes de sedação de 2002 e 2013

Principais diferenças entre as diretrizes de sedação de 2002 e 2013		
	2002	2013
Número de Recomendações	28	33
Avaliação da dor	Escala numérica de gradação (RS)	Escala comportamental de dor (BPS) e a ferramenta de observação da dor em cuidados críticos (CPTO)
Alvo de sedação	Deve ser usado um alvo de sedação	Sedação leve é o objetivo para a maioria dos pacientes
Avaliação da sedação	Escala validada de sedação (SAS, MAAS ou VICS)	Escala de sedação mais validada (RASS ou SNS)
Estratégia de sedação	Uso de protocolos de sedação	Interrupção diária da sedação ou objetivo de sedação leve
Escolha da sedação	Lorazepam fármaco de escolha para a maioria dos pacientes	Preferência por sedativos não benzodiazepínicos
Fator de risco para <i>delirium</i>	Nenhum	Uso de benzodiazepinas
Prevenção de <i>delirium</i>	Nenhuma	Recomendada mobilização precoce

Fonte: Shinotsuka e Salluh (2013, p.158)

Assim, Shinotsuka e Salluh (2013, p.157) apresentam-nos estudos de diversos investigadores que associaram

(...) diferentes fármacos sedativos à ocorrência e à gravidade do *delirium*. A exposição a benzodiazepínicos associou-se à transição para *delirium* em diversos estudos. Phandharipande *et al.* demonstraram que o lorazepam foi um fator de risco independente para a transição diária para *delirium* (odds ratio 1.2; IC95%=1.1-1.4;  $p=0.003$ ), de forma dependente da dose. Entretanto, não foram identificados achados similares com propofol e fentanilo. Outros estudos corroboram esses achados. Salluh *et al.*, num estudo multicêntrico de prevalência de pontos, que envolveu 104 UCI em 11 países identificaram que o *delirium* associou-se ao aumento da mortalidade e da permanência e que, entre os sedativos, o midazolam associou-se ao diagnóstico de *delirium*.

Sendo o *delirium*, por si só, uma patologia cuja importância é, em alguns casos, relativizada, Ferreira, Oliveira, Roque e Baltazar (2008, p.24) indicam que o mesmo



pode estar associado à dor. Em contexto de cuidados intensivos, “a dificuldade na medição da dor no doente crítico constitui um obstáculo ao seu adequado tratamento”, pois o doente crítico encontrava-se, na maioria das vezes, com um maior grau de vulnerabilidade à dor, quer pelas condições clínicas e intervenções terapêuticas a que é sujeito no decurso do internamento, quer pelas patologias que apresenta.

A este respeito a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) preconiza que

Partindo da premissa que a prestação de Cuidados de Enfermagem às pessoas, e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao Enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando resultados.

O doente crítico com terapêutica medicamentosa sedativa deve ser avaliado frequentemente pela equipa multidisciplinar com o intuito de melhor adequar o tratamento à sua recuperação. Assim, torna-se essencial que, para uma melhor adequação da terapia medicamentosa prescrita, se realize uma boa avaliação do sedativo administrado.

Com o intuito de primar pela qualidade dos serviços prestados, torna-se fundamental a adoção de protocolos que garantam avaliações e terapêuticas adequadas aos mais diversos doentes.

### **2.3.2. Avaliação**

Tendo em conta que esta síndrome é frequentemente subdiagnosticada a monitorização do *delirium* constitui um processo fundamental, uma vez que, o mesmo apresenta elevada prevalência nas UCI e, desta forma, os atuais protocolos recomendam a sua avaliação diária, contendo uma abordagem multidisciplinar (Faria & Moreno, 2013).

Como referido anteriormente, a avaliação do *delirium* apresenta-se fulcral não só como indicador de disfunção orgânica, mas também para prevenir lesões com o intuito de melhor adequar as medidas preventivas e terapêuticas.

São diversos os instrumentos de avaliação desta síndrome. No entanto, apenas alguns se adequam ao ambiente da UCI, devido ao estado clínico do doente, verificando-se necessária a implementação de um protocolo de avaliação sistemática da presença de *delirium* (Ely *et al.*, 2001).

Para Pandharipande, Jackson e Ely (2005) a escala implementada em ambiente UCI deve:

- a. Possuir a capacidade de avaliar a consciência, o pensamento desorganizado, a inatenção, e o discurso fluente enquanto componentes do *delirium*;
- b. Deve comprovar a validade e fiabilidade na população da UCI;
- c. Ser aplicada de forma rápida e fácil;
- d. Dispensar a necessidade de um Psiquiatra para realizar a avaliação.

Para proceder ao diagnóstico do *delirium* em ambiente UCI podem ser utilizadas as escalas *Confusion Assesment Method - ICU* (CAM-ICU) e *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), já que ambos estão validados para esse fim. Também o instrumento de avaliação de níveis de sedação *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) tem validade neste ambiente.

Criado em 1999 por Inouye e seus colaboradores, o CAM apoia-se nos critérios definidos pelo DSM-III para o *delirium*, objetivando o envolvimento da equipa multidisciplinar na avaliação desta síndrome, não dependendo, desta forma, do Psiquiatra para a realização da mesma. Mais tarde, em 2001, Ely e outros colaboradores modificaram o instrumento de avaliação para CAM-ICU com o intuito de o mesmo ser utilizado em UCI, independentemente do estado clínico do doente. A alteração aguda do estado mental ou curso fluente, a inatenção, o pensamento desorganizado e a consciência alterada são os critérios utilizados por esta escala para o *delirium*.

A ICDSC enquanto escala aplicada para proceder ao diagnóstico do *delirium*, adaptada de Dubois, Bergeron, Dumont, Dial e Skrobik (2001), baseia-se nos critérios de diagnóstico do *delirium* definidos pelo DSM-IV e em aspetos adicionais de *delirium* que podem ser introduzidos pelo técnico de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, nas avaliações quotidianas. Esta escala permite atribuir um ponto por cada item, quando presente uma manifestação óbvia do *delirium*, para uma pontuação máxima total de oito pontos, tendo em consideração as seguintes dimensões:

- a. Alteração do nível de consciência;
- b. Desatenção;
- c. Desorientação;
- d. Alucinação, ilusão ou psicose;
- e. Agitação ou lentificação psicomotora;
- f. Discursos ou humor inadequados;
- g. Alteração do ciclo sono/vigília;
- h. Flutuação dos sintomas.

A escala ICDSC permite avaliar diversos sinais de *delirium* e, também, elucidar acerca do subsíndrome de *delirium*.

Tendo em conta que ao diagnóstico do *delirium* é necessário associar a monitorização da sedação é, assim, introduzida a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) permitindo, a mesma, identificar os subtipos de *delirium* através dos 10 níveis pelo qual é constituído (tabela 6).

Neste seguimento pretende-se, primeiramente, proceder à avaliação da sedação através da escala de RASS e só posteriormente à avaliação do *delirium*.

Girard, Pandharipande e Ely (2008) definem a escala de RASS como

Uma escala de 10 pontos que varia de +4 a -5, na qual uma pontuação RASS de 0 indica um paciente calmo e desperto. As pontuações RASS de -4 e -5 são consideradas estados de coma, e o paciente comatoso não pode ser avaliado em relação ao *delirium*. Todos os outros pacientes, que estejam sob sedação moderada (pontuação RASS de -3) ou mais despertos, podem ser avaliados em relação ao *delirium*.

Tabela 6 - Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

<b>Escala RASS</b>		
Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a sua segurança e da equipa técnica
+3	Muito Agitado	Puxa e remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos inadequados frequentes, “luta” com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos (contato visual) por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda transitoriamente ao estímulo verbal e mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimenta-se ou abre os olhos quando é chamado (mas sem contato visual)
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado, mas movimenta-se ou abre os olhos ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta (Coma)	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fonte: Faria e Moreno, (2013, p.142)

### **3. METODOLOGIA**

A finalidade do capítulo da metodologia num trabalho de investigação é descrever, de forma detalhada, como foi realizado o estudo, de modo a que, com base na informação fornecida, qualquer um o possa replicar (Ribeiro, 2010).

A metodologia consiste numa explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida durante o trabalho realizado. No desenvolvimento de qualquer investigação, a metodologia adquire um papel fundamental visto que, o resultado final está condicionado pelo bom funcionamento deste processo, onde o trabalho final é o reflexo dos métodos e do modo como se obtiveram os resultados.

A utilização de vários elementos, ou seja, a aplicação de complementaridade metodológica, para se conseguir atingir os objetivos pretendidos potencia uma melhoria profissional na medida em que se verifica a “incorporação de contributos técnicos e rigorosos, tanto no desenvolvimento do projeto como na execução e avaliação do programa” (Serrano, 2008, p.48).

O mesmo autor afirma que o método é o caminho que se escolhe para a obtenção de um fim, verificando-se, desta forma, que nesta altura do enquadramento ficam expostas todas as atividades que permitiram o desenvolvimento do estudo, sendo necessária a descrição das mesmas, bem como dos procedimentos que possibilitaram alcançar os objetivos propostos.

#### **3.1. Tipo de estudo**

Atendendo à temática selecionada e aos objetivos definidos, desenhou-se um estudo observacional, descritivo e analítico.

Neste estudo, como compete a um estudo observacional, não houve, por parte do investigador, qualquer tipo de intervenção, existiu apenas, o desenvolvimento de procedimentos que possibilitaram observar e descrever os acontecimentos que ocorreram naturalmente, bem como os respetivos efeitos verificados nos sujeitos em estudo (Ribeiro, 2010). Nos estudos observacionais não é possível, ao observador, controlar as condições de exposição bem como, definir quais os sujeitos expostos ou não expostos.

Ribeiro (2010) divide os estudos observacionais em descritivos e analíticos. Resgatando as palavras de Rocha (s.d.), num estudo descritivo o observador recolhe dados simplificados na apresentação, que incidem sobre o que pretende caracterizar em determinado grupo. No entanto, não se podendo estudar a população-alvo, seleciona-se uma amostra conforme critérios pré-definidos e métodos adequados.

Por outro lado, este mesmo autor, refere como principal objetivo dos estudos analíticos, estabelecer uma associação entre as variáveis, pelo que podem ser estudados um ou mais grupos com o intuito de se encontrarem associações entre o estado de saúde e outras variáveis devendo, devendo no entanto, à semelhança do que acontece nos estudos observacionais, selecionar-se uma amostra. Para Ribeiro (2010) os estudos analíticos são aqueles que dão resposta à questão de porque é que os sujeitos adquirem determinadas características.

### **3.2. População e amostra**

De acordo com Carmo e Ferreira (2015, p.209), a população ou o universo de estudo pode ser definido como “o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos”.

Ribeiro (2010) define população como sendo o conjunto de pessoas ou de objetos acerca dos quais se pretende obter conclusões.

Assim sendo, a população deste estudo é constituída pelo somatório dos doentes internados na UCIP, do Hospital de Bragança, durante o período da recolha de dados, totalizando 178 doentes, que nos permitiu analisar a sedação.

Por outro lado, a amostra do estudo corresponde a uma parte dos indivíduos que constituem a população em estudo, assumindo um papel crucial ao possibilitar a realização de diversos estudos (sociais, económicos, políticos) e estudos de outras áreas de conhecimento, que são fundamentais para o funcionamento das sociedades modernas (Pinto, 1990). Foram excluídos 60 doentes a quem foi impossível aplicar a escala, e 68 por não apresentarem *delirium*. A amostra foi constituída por 50 doentes que após submissão à escala foram considerados dentro do objeto de estudo (*delirium* ou subsíndrome de *delirium*), conforme se apresenta na tabela a seguir (tabela 7).

Tabela 7 - Apresentação dos valores absolutos e percentuais relativos à dimensão da amostra

	n	%
Doentes com subsíndrome de <i>delirium</i>	6	3.4
Doentes com <i>delirium</i>	44	24.7
Total da amostra	50	28.1

Utilizou-se um tipo de amostragem não probabilística e acidental, dado ser desconhecida a probabilidade de um doente entrar na amostra, facto que apenas aconteceria, nos dias em que a recolha de dados fosse efetuada, coincidindo, sempre, com períodos laborais do investigador. Durante o período da manhã e da noite não se realizaram avaliações, por uma questão de disponibilidade de tempo para o fazer durante o primeiro período referido, e por uma questão de respeito pelo descanso dos doentes no segundo período referido. A recolha de dados aconteceu, portanto, durante a tarde/serão.

### 3.3. Instrumentos de recolha de dados

Importa realçar que a recolha de dados foi efetuada em dois momentos distintos, pelo que existiram, neste estudo, dois instrumentos de recolha de dados.

- a. Um primeiro instrumento, *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), escala validada para proceder ao diagnóstico de *delirium* em ambiente de UCI (Anexo III), elaborado com o objetivo de conduzir a investigação, na busca de uma resposta para o primeiro e segundo objetivos, ou seja, reconhecer a tipologia dos doentes sedados na UCIP e avaliar qual a prevalência de *delirium*.

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV) a escala ICDSC é considerada um bom instrumento para estratificar o *delirium*, foi criada por Bergeron (2001), traduzida para português (Brasil) por Salluh e Dal-Pizzol e validada pelas atuais diretrizes da *Society of Critical Care Medicine/ Pain, Agitation and Delirium* no estudo de Gusmao-Flores *et al.* (2011), com o intuito de ser implementada em doentes internados em UCI.

A ICDSC é, segundo Carvalho (2012), uma escala que permite efetuar o diagnóstico de *delirium*, bem como proceder à sua estratificação. Tratando-se de uma escala de fácil e rápida aplicação, pode ser usada por médicos e/ou

enfermeiros. A ICDSC consiste de uma observação de oito variáveis (nível de consciência, alteração da atenção, orientação, alucinações, agitação psicomotora, alteração da linguagem e comportamento, ciclo sono vigília e padrão flutuante dos sintomas). Cada variável recebe uma pontuação de 0 ou 1 ponto, sendo a pontuação máxima possível de 8 pontos e mínima de 0 pontos. Aquando de uma pontuação de 0, equivale a dizer que não foi diagnosticado *delirium*. Quando a pontuação se encontra entre 1 e 3 pontos diagnostica-se a presença de uma situação de subsíndrome de *delirium*, e quando esta é  $\geq$  a 4 pontos uma situação de *delirium*.

A aplicação da ICDSC fica inviabilizada no caso de se estar perante um doente do qual não se obtenha resposta, ou caso seja necessário uma estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta. Em qualquer uma das situações existe uma alteração grave no nível de consciência, coma ou estupor, impedindo a avaliação.

- b. O segundo instrumento de recolha de dados, com a finalidade de perceber quais os fatores precipitantes em cada um dos casos de *delirium* (Anexo IV), aplicado aos doentes a quem havia sido diagnosticada a patologia, encontra-se dividido em duas partes. A primeira com a pretensão de realizar uma caracterização sociodemográfica da amostra, e a segunda, visa a obtenção de dados relativos a variáveis clínicas e presença de *delirium* na amostra. O mesmo surge para a concretização do terceiro objetivo deste estudo que visa identificar aqueles que são os fatores precipitantes de *delirium*.

Foi usada, neste instrumento de recolha de dados, a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) de forma a atribuir um nível de sedação a cada caso de *delirium*. A escala de agitação-sedação de Richmond, criada por uma equipa multidisciplinar de Virginia Commonwealth University School of Medicine em Richmond (Estados Unidos da América) e validada para Portugal por Junior, Pires, Figueiredo e Park (2008), abrange de forma precisa o nível de agitação e ansiedade. O score desta escala varia entre -5 e +4, sendo que, um score de -5 corresponde a um doente em coma, ou seja, sem resposta a estímulos verbais ou ao exame físico, e um score de +4 corresponde a um doente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde. Um score de 0 é atribuído a um doente alerta e calmo. Refere-se a impossibilidade da aplicação da ICDSC a um



doente cujo score de RASS seja de -5 ou -4 (coma ou sedado profundamente, respetivamente).

O mesmo instrumento serve-se do método mnemónico THINK, criado por Goddard e Fan (2011), com o objetivo de corresponder cada caso de *delirium* com a possível etiologia. O método mnemónico THINK divide a etiologia do *delirium* em 5 categorias: Situações tóxicas; Hipoxémia; Infecção/sépsis ou imobilização; Intervenções não farmacológicas; Problemas ao nível do potássio. Assim, a cada caso de *delirium* diagnosticado, foi-lhe atribuída uma etiologia, quando no mesmo doente se identificava mais do que uma das 5 categorias, foi-lhe atribuída aquela que estava presente durante a maior parte do tempo.

Incluiu-se, ainda, a escala de dor de faces, que permitiu dividir a intensidade da dor em quatro grupos (sem dor; dor leve; dor moderada; dor intensa).

### **3.4. Procedimentos de recolha de dados**

Sendo o investigador, um profissional de Enfermagem da UCIP, todas as avaliações foram realizados pelo próprio, e em períodos de tempo coincidentes com períodos laborais do mesmo, compreendidos entre as 16 e as 00 horas, totalizando 32 momentos de avaliação, nunca com intervalo inferior a 24 horas entre eles.

Numa primeira fase da recolha de dados, eram tidos em conta, todos os doentes internados na UCIP, nesse preciso momento, sendo-lhes aplicado o primeiro instrumento de recolha de dados que permitia, desde logo, analisar e quantificar os doentes sedados. De seguida, era aplicada a ICDSC, da mesma forma, a todos os doentes internados nos respetivos momentos de avaliação, daí resultando 4 subgrupos de doentes:

- a. Doentes a quem era impossível aplicar a referida escala (sem resposta ou com necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter resposta);
- b. Doentes sem *delirium* (Score da ICDSC=0);
- c. Doentes com subsíndrome de *delirium* (Score da ICDSC entre 1 e 3);
- d. Doentes que apresentavam *delirium* (Score da ICDSC entre 4 e 8).

Nesta altura da recolha de dados estavam isolados os doentes que viriam a constituir a amostra deste estudo, ou seja, todos os doentes a quem lhe havia sido diagnosticado

subsíndrome de *delirium* ou *delirium*, altura em que era aplicado o segundo instrumento de recolha de dados, visando apenas os doentes que constituíam a amostra.

No projeto que conduziu esta investigação, foi elaborado um cronograma de atividades, com um período delimitado para a recolha de dados. No entanto, tornou-se impossível cumprir os prazos inicialmente delineados. Tratando-se de uma amostra não probabilística, a constituição da mesma, estava dependente da presença do investigador, para a recolha de dados. Por forma a obter um maior tamanho amostral, foi prolongado o período da recolha de dados de 30 de julho de 2017 até 30 de setembro de 2017.

### **3.5. Variáveis do estudo**

As variáveis constituem as unidades base da investigação, pelo que, com o intuito de facilitar a caracterização e descrição do fenómeno em estudo, procurou-se identificar as variáveis consideradas mais pertinentes e fundamentais em todo o processo. Assim, em qualquer investigação existem dois tipos de variáveis: as independentes e a dependente.

As variáveis independentes consistem em elementos introduzidos e passíveis de manipulação numa situação de investigação, sendo consideradas como as causas do efeito produzido na variável dependente, já a variável dependente é definida como a característica que surge ou muda quando se aplica, suprime ou modifica a variável independente (Polit & Beck, 2011).

Assim, no presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

Variável dependente:

*Delirium* em doentes internados na UCIP.

Variáveis independentes:

Sociodemográficas (idade, sexo, profissão, estado civil, residência, habilitações literárias e situação laboral).

Clínicas (serviço de proveniência do doente, dias de internamento, periodicidade da visita de familiares, antecedentes de consumo de álcool, dor, tipo de ventilação, administração de sedação e nível de agitação/sedação).

De forma a conseguir uma interpretação correta da recolha de dados, bem como da sua análise, procedeu-se à categorização das variáveis (presente nos instrumentos de recolha de dados), bem como à sua operacionalização, como a seguir se descreve.

#### Variável dependente

##### *Delirium* em doentes internados na UCIP

De acordo com o resultado da aplicação da ICDSC e descrito anteriormente, foram utilizados os seguintes grupos:

- Doentes a quem foi impossível aplicar a ICDSC;
- Doentes sem *delirium*;
- Doentes com subsíndrome de *delirium*;
- Doentes com *delirium*.

Procedeu-se, ainda, à operacionalização do *delirium* em hipoativo e hiperativo, fundamentado na primeira variável da ICDSC, alteração do nível de consciência. Assim, foram considerados doentes com *delirium* hipoativo, aqueles que se encontravam sonolentos ou com exigência de leve a moderada estimulação para obter uma resposta, e ainda, os doentes vigies ou a dormir mas facilmente despertáveis. Os doentes cuja hipervigilância era seu atributo, foi-lhe atribuído o diagnóstico de *delirium* hiperativo.

#### Variáveis Independentes

As variáveis sociodemográficas:

Idade – Inicialmente utilizada enquanto variável quantitativa, foi posteriormente dicotomizada em dois grupos etários:

- <65 anos;
- ≥65 anos.

Profissão – Atendendo que a Classificação Portuguesa das Profissões preconiza 10 grandes grupos, e dada a variabilidade de profissões existente na amostra a sua utilização conduziria a baixas frequências em cada um dos grupos acima referidos. Desta feita, optou-se por agrupá-las em setores de atividade (PORDATA, 2015):

- Setor Primário;
- Setor secundário;
- Setor terciário.

Criou-se ainda a categoria Doméstico/a, dado que não está incluída em nenhum dos setores acima enumerados.

Nível de agitação/sedação – Tendo em consideração o descrito anteriormente para a escala de RASS, esta variável foi dicotomizada em:

$>0$  – não sedado/agitado;

$\leq 0$  – sedado/sonolento.

### **3.6. Considerações éticas**

O ponto 1 do artigo n.º 8, do capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro prevê que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei n. 161/96, de 4 de setembro) pretendendo sempre defender a justiça e a proteção da saúde do cliente, a realização do presente estudo teve sempre por base a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), definida enquanto

vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do Enfermeiro. Vasto, porque é completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país (p.9).

A ética deve constituir-se como pilar do exercício profissional da Enfermagem e, segundo Fortin (1999), define-se enquanto “conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (p.114). Enquanto investigador importa enfatizar, na ótica da autora, a responsabilidade penal, civil e deontológica com a sociedade, comunidade científica e com os participantes do estudo. Na investigação que se realiza com pessoas deverá, sempre, a mesma ser avaliada do ponto de vista ético e os valores do indivíduo deverão ser salvaguardados.

Ribeiro (2010) caracteriza os aspetos éticos como decisivos na investigação, ficando a mesma em causa, se não existir um código de ética que limite e oriente os passos da investigação.

Tendo em conta que o sigilo profissional é um dos pilares da ética da Enfermagem foi crucial, para a recolha de dados, solicitar a devida autorização para a realização do presente estudo à ULSNE, na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração. O projeto foi analisado pela Comissão de Ética da referida Unidade Hospitalar, que remeteu a decisão para o Diretor da UCIP, a quem foi pedido parecer acerca da pertinência do estudo. O parecer foi positivo, e a decisão final do Presidente do Conselho de Administração foi favorável (Anexo V).

Ao longo da presente investigação foi respeitada a privacidade e confidencialidade dos dados clínicos, bem como o direito do doente incluído na amostra, ou seu representante legal, mudar de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o eventual abandono.

Uma vez terminado, o estudo será apresentado à equipa da UCIP da ULSNE.

### **3.7. Procedimentos de análise dos dados**

Após a recolha de dados procedeu-se ao seu tratamento estatístico, sendo este efetuado com o apoio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21, pelo número de codificação, respeitando o anonimato e sigilo da informação.

Para dar resposta ao primeiro e segundo objetivos, realizou-se uma análise descritiva, calcularam-se frequências relativas e absolutas, medidas de posição (moda, média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Já no que ao terceiro objetivo diz respeito, procedeu-se a uma análise descritiva e inferencial. Descritiva através do cálculo de frequências relativas e absolutas, usou-se a média como medida de posição e o desvio padrão como medida de dispersão. No que toca a análise inferencial, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk (amostra  $\leq 50$ ) para verificar a normalidade da distribuição. Dada a não normalidade da distribuição, usaram-se os testes de hipóteses não-paramétricos.

Para comparar médias em duas amostras independentes, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. O teste usado para estabelecer a comparação de proporções ou a relação entre variáveis foi o Qui-quadrado. O teste Rho de Spearman foi empregado para proceder à análise da correlação entre variáveis quantitativas.

A apresentação dos dados é descritiva, com a utilização de tabelas para facilitar a observação e análise dos mesmos.

#### **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A análise dos resultados a seguir apresentada foi efetuada de acordo com os objetivos definidos para este estudo.

Com a finalidade de reconhecer a tipologia dos doentes sedados na UCIP, e avaliar a prevalência de *delirium* nesses doentes (primeiro e segundo objetivos), foram analisados todos os doentes internados nos 32 momentos de avaliação.

Para dar resposta ao terceiro objetivo (identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* nos doentes internados na UCIP), a amostra é constituída pelos doentes delirantes, nos mesmos momentos de avaliação, num total de 50.

##### **Objetivo 1 – Reconhecer a tipologia dos doentes sedados na UCIP**

Conforme se verifica na tabela 8, dos 178 doentes internados nos momentos em que as 32 avaliações foram realizadas, 46 (25.8%) encontravam-se sedados nesse preciso momento. A somar a estes, existiam 9 doentes a quem lhe havia sido administrada sedação nas últimas 24 horas, daí resultam 55 doentes (30.9%) sujeitos à administração de sedação nas últimas 24 horas, pelo que, do total de doentes, 123 (69.1%) não foram sujeitos à administração de sedação nas 24 horas anteriores aos momentos em que as avaliações foram realizadas.

Em relação ao sedativo usado, verifica-se que o Propofol foi administrado isoladamente a 46 doentes (83.6%). Por sua vez, o Propofol combinado com o Midazolam foi administrado a 5 doentes (9.1%), enquanto o Midazolam, foi administrado isoladamente a 4 doentes (7.3%).

Tabela 8 – Apresentação da variável administração de sedação

	n	%
Doentes não sedados nos momentos de avaliação	132	74.2
Doentes sedados nos momentos de avaliação	46	25.8
Doentes a quem foi administrada sedação nas últimas 24 horas	55	30.9
Doentes a quem não foi administrada sedação nas últimas 24 horas	123	69.1
Sedativo administrado	Propofol	46 83.6
	Midazolam	4 7.3
	Propofol + Midazolam	5 9.1
Doentes internados nos 32 momentos de avaliação	178	100

## Objetivo 2 – Avaliar a prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP

Na tabela 9 é apresentado o resultado da aplicação da escala ICDSC a todos os doentes internados nos 32 momentos de avaliação. Observa-se que 60 doentes (33.7%) não apresentavam qualquer tipo de resposta, ou necessitavam de estimulação vigorosa de modo a obter resposta, pelo que, não foi realizada qualquer avaliação adicional. Observou-se um total de 68 doentes (38.2%) a quem foi possível aplicar a escala e aos quais não lhe foi diagnosticado *delirium*. O *delirium* foi diagnosticado a 50 doentes (28.1% do total de doentes internadas nos 32 momentos de avaliação), dos quais 6 (3.4%) apresentavam subsíndrome de *delirium* e 44 (24.7%) apresentavam *delirium*.

Tabela 9 - Resultados do diagnóstico de *delirium* segundo a ICDSC na UCIP

	n	%
Doentes internados nos 32 momentos de avaliação	178	
Doentes a quem foi impossível aplicar a escala ICDSC	60	33.7
Doentes sem <i>delirium</i>	68	38.2
Doentes com subsíndrome de <i>delirium</i>	6	3.4
Doentes com <i>delirium</i>	44	24.7
Total da amostra	50	28.1

Na tabela 10 podem observar-se os valores da análise descritiva do score da escala ICDSC. Nela se pode verificar que os doentes delirantes apresentavam uma média de  $5.8 \pm 1.678$ , e uma mediana de 6. O score mínimo observado foi de 2 pontos e o máximo foi de 8.



Tabela 10 - Score da ISDSC

	Min	Max	Média	Mediana	Desvio padrão
ICDSC	2	8	5.8	6	1.678

### Objetivo 3 – Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* nos doentes internados na UCIP

A análise que a seguir se apresenta diz respeito aos 50 doentes a quem foi diagnosticado *delirium*.

Dos doentes estudados, 34 (68%) tinham 65 ou mais anos de idade e 16 (32%) tinham idades inferiores a 65 anos. A média de idades era de  $68.62 \pm 12.6$  anos. No que ao sexo diz respeito, 41 doentes (82%) eram do sexo masculino, e 9 (18%) do feminino. A maioria dos doentes ( $n=37;74\%$ ) eram casados, enquanto 9 doentes (18%) eram solteiros e 4 (8%) eram viúvos. Um total de 31 doentes (62%) residia em meio rural e 19 (38%) em meio urbano. No que diz respeito às habilitações literárias pode verificar-se que 1 doente (2%) frequentou o ensino superior, 2 doentes (4%) eram analfabetos, a maioria ( $n=37;74\%$ ) possuía o ensino básico, e 10 doentes (20%) frequentaram o ensino secundário (tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		n	%
Idade	<65 Anos	16	32.0
	≥65 Anos	34	68.0
	Média= $68.62 \pm 12.6$		
Sexo	Masculino	41	82.0
	Feminino	9	18.0
Estado Civil	Solteiro(a)	9	18.0
	Casado(a)	37	74.0
	Viúvo(a)	4	8.0
Residência	Meio urbano	19	38.0
	Meio rural	31	62.0
Habilitações literárias	Analfabeto	2	4.0
	Ensino básico	37	74.0
	Ensino secundário	10	20.0
	Ensino superior	1	2.0

Dos 50 doentes delirantes, 8 (16%) eram domésticas das quais, 6 (75%) estavam em situação de reforma. No setor primário de atividade incluíam-se 17 doentes (34%) e destes, 12 (70.6%) estavam reformados. Do total de doentes cuja profissão se enquadrava no setor secundário de atividade (n=10;20%), a maioria encontrava-se desempregado (n=5;50%), por fim dos 15 doentes (30%) incluídos no setor terciário verifica-se que 12 (80%) se encontravam reformados (tabela 12).

Tabela 12 - Tabela cruzada entre o setor de atividade e a situação laboral

		Situação laboral				Total
		Empregado	Desempregado	Doméstica	Reformado	
Setor atividade	Doméstico/a	0(0.0%)	0(0.0%)	2(25.0%)	6(75.0%)	8(100%)
	Setor primário	4(23.5%)	1(5.9%)	0(0.0%)	12(70.6%)	17(100%)
	Setor secundário	2(20.0%)	5(50.0%)	0(0.0%)	3(30.0%)	10(100%)
	Setor terciário	2(13.3%)	1(6.7%)	0(0.0%)	12(80.0%)	15(100%)
	Total	8(16.0%)	7(14.0%)	2(4.0%)	33(66.0%)	50(100%)

A análise da tabela 13 permite verificar que 40 doentes (80%) deram entrada na UCIP provenientes do Serviço de Urgência e 10 (20%) provieram de Serviços de Internamento. O desenvolvimento de *delirium* aconteceu numa fase inicial do internamento na UCIP, na sua maioria durante os primeiros 10 dias de internamento (n=36;72%), seguido daqueles que o desenvolveram entre os 11 e os 20 dias (n=8;16%). O desenvolvimento de *delirium* ocorreu entre os 21 e os 30 dias, e depois dos 30 dias de internamento, em 3 doentes (6%), em cada uma das situações. Relativamente à visita de familiares pode verificar-se que 21 (42%) doentes recebiam visitas diárias. Seguem-se aqueles que as tinham de 2 em 2 dias (n=12;24%,) e os que eram visitados uma vez por semana (n=15;30%). Em menor proporção estavam aqueles cuja periodicidade de visitas era inferior a uma vez por semana (n=2;4%). O consumo de álcool estava presente em 32 dos doentes em estudo (64%). No que concerne à presença de dor, a análise da mesma tabela permite verificar que a maioria dos doentes referenciava dor fraca (n=32;64%). Seguem-se aqueles que não referiam qualquer dor (n=11;22%) e os que referiram dor leve (n=7;14%). No que diz respeito ao tipo de ventilação a que os doentes estavam submetidos verifica-se que a maioria (n=22;44%) estava em ventilação espontânea. Seguem-se aqueles que estavam submetidos a ventilação mecânica não

invasiva (n=15;30%) e em menor número (n=13;26%) aqueles que estavam submetidos a ventilação mecânica invasiva. A um total de 18 doentes (36%) havia-lhe sido administrada sedação nas 24 horas anteriores, sendo que a todos eles lhe foi administrado Propofol, e 2 (11.1%) foram sujeitos à administração de sedação com Propofol + Midazolam. Do total de doentes delirantes em estudo, 32 (64%) evidenciavam RASS >0 e 18 (36%) RASS ≤0.

Tabela 13 - Fatores precipitantes de *delirium* presentes na amostra

		n	%
Proveniência do doente	Serviço de urgência	40	80.0
	Serviço de internamento	10	20.0
Dias de internamento na UCIP	1 a 10 dias	36	72.0
	11 a 20 dias	8	16.0
	21 a 30 dias	3	6.0
	≥31 dias	3	6.0
Periodicidade da visita de familiares	Todos os dias	21	42.0
	De 2 em 2 dias	12	24.0
	Uma vez por semana	15	30.0
	<1 vez por semana	2	4.0
Antecedentes de consumo de álcool	Sim	32	64.0
	Não	18	36.0
Dor	Sem dor	11	22.0
	Dor fraca	32	64.0
	Dor leve	7	14.0
Tipo de ventilação (predominante nas últimas 24 horas)	Espontânea	22	44.0
	Mecânica não invasiva	15	30.0
	Mecânica invasiva	13	26.0
Administração de sedação (nas últimas 24 horas)	Sim	18	36.0
	Não	32	64.0
Sedativo administrado	Propofol	16	88.9
	Propofol + Midazolam	2	11.1
RASS	>0	32	64.0
	≤0	18	36.0

### **Análise Inferencial**

Foi ainda propósito deste estudo analisar a correlação entre os scores obtidos nas duas escalas utilizadas (tabela 14). Os resultados obtidos permitem concluir que existe correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ( $p=0.019$ ), entre o score da

escala de *delirium* (ICDSC) e a escala de sedação (RASS), ou seja, quanto maior for o score da escala de RASS maior tende a ser o score da escala ICDSC.

Tabela 14 - Matriz da correlação entre escala de *delirium* (ICDSC) e escala de sedação (RASS)

		RASS
ICDSC	$r_s$	0.329
	$p$	0.019

A comparação das médias dos scores obtidos nas duas escalas presente na tabela 15 permite verificar que os doentes com idades inferiores a 65 anos evidenciavam médias mais elevadas na escala de *delirium* (posto médio=31.8). A aplicação do teste U de Mann-Whitney veio comprovar que as diferenças nessas médias eram estatisticamente significativas ( $p=0.046$ ). No que concerne à escala de sedação pode verificar-se que os doentes com idades inferiores a 65 anos apresentavam pontuação média mais elevada que os restantes doentes (posto médio=26.44). No entanto, a aplicação do mesmo teste não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias da pontuação na escala de sedação ( $p=0.750$ ).

Tabela 15 - Comparação das médias obtidas nas escalas de *delirium* e sedação segundo o grupo etário

	Grupo etário	n	Média	Posto médio	Mann-Whitney	p
ICDSC	<65 Anos	16	6.44	31.80	178.0	0.046
	≥65 Anos	34	5.50	22.74		
	Total	50				
RASS	<65 Anos	16	0.87	26.44	257.0	0.750
	≥65 Anos	34	0.68	25.06		
	Total	50				

Estabeleceu-se, também, a comparação de médias obtidas na escala de *delirium* e na escala de sedação com a administração de sedação nas 24 horas anteriores. Os resultados obtidos e presentes na tabela 16 permitem verificar que não existe significância estatística nas diferenças de médias dos dois grupos analisados ( $p=0.318$  para a RASS e  $p=0.138$  para a ICDSC). Apesar disso, a análise da mesma tabela

permite verificar que os doentes a quem foi administrada sedação nas 24 horas anteriores evidenciam scores médios mais elevados nas duas escalas.

Tabela 16 - Comparação das médias obtidas nas escalas de *delirium* e sedação segundo a administração de sedação nas 24 horas anteriores

Administração de sedação nas últimas 24 horas		n	Média	Posto Médio	Mann-Whitney	p
RASS	Sim	18	1.00	28.19	239.5	0.318
	Não	32	0.59	23.98		
	Total	50				
ICDSC	Sim	18	6.22	29.50	216.0	0.138
	Não	32	5.56	23.25		
	Total	50				

Uma vez dicotomizado o tipo de *delirium*, estabeleceu-se a relação entre esta variável com o tipo de ventilação a que os doentes estavam submetidos, bem como com a intensidade de dor que os doentes apresentavam (tabela 17). Da análise da tabela pode verificar-se que existia igualdade percentual (n=11;50%) entre os doentes que desenvolvem *delirium* hipo ou hiperativo, quando os mesmos se encontravam em ventilação espontânea. Quando se tratava de doentes submetidos a ventilação mecânica não invasiva (VMNI), 13 doentes (86.7%) desenvolveram *delirium* hiperativo, enquanto 2 doentes (13.3%) desenvolveram *delirium* hipoativo. Nos doentes sujeitos a ventilação mecânica invasiva (VMI), 8 doentes (61.5%) desenvolveram *delirium* hiperativo, e 5 *delirium* hipoativo (38.5%). A análise da tabela permite ainda verificar que o tipo de ventilação sob a qual é maior o número de doentes delirantes é a ventilação espontânea (n=22;44%). Apesar desta constatação, a aplicação do teste do Qui quadrado não comprovou a existência de relação entre as duas variáveis. ( $p=0.72$ ).

No que à dor diz respeito, quando esta estava presente, mesmo que tratando-se de dor fraca ou leve, houve desenvolvimento de *delirium* em 39 doentes (78%), por sua vez, eram 11 (22%) os doentes que desenvolveram *delirium* mesmo não apresentando queixas de dor. Aquando da ausência de dor, os doentes que desenvolveram *delirium* hipoativo e hiperativo foram, respetivamente, 6 (54.5%) e 5 (45.5%). Para uma dor fraca 22 doentes (68.8%) desenvolveram *delirium* hiperativo e 10 (31.2%) hipoativo. A tendência de desenvolver *delirium* hiperativo na presença de dor manteve-se para os doentes que apresentavam dor leve, com 5 doentes (71.4%) que desenvolveram este tipo

de *delirium* e 2 doentes (28.6%) cujo tipo de *delirium* era o hipoativo. Foram um total de 27 os doentes que desenvolveram *delirium* hiperativo na presença de dor e 12 aqueles que desenvolveram *delirium* hipoativo na presença da mesma. Com um  $p=0.346$ , resultado da aplicação do teste do Qui quadrado, verificou-se que não existe relação entre as variáveis.

Tabela 17 - Distribuição percentual dos doentes segundo o tipo de *delirium*, o tipo de ventilação e a dor

		Tipo de <i>delirium</i>		Total	Qui-quadrado	p
		Hipoativo	Hiperativo			
Tipo de ventilação	Espontânea	11 (50.0%)	11 (50.0%)	22 (100%)	5.251	0.72
	Mecânica não invasiva	2 (13.3%)	13 (86.7%)	15 (100%)		
	Mecânica invasiva	5 (38.5%)	8 (61.5%)	13 (100%)		
	Total	18 (36.0%)	32 (64.0%)	50 (100%)		
Dor	Sem dor	6 (54.5%)	5 (45.5%)	11 (100%)	2.123	0.346
	Dor fraca	10 (31.2%)	22 (68.8%)	32 (100%)		
	Dor leve	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7 (100%)		
	Total	18 (36.0%)	32 (64.0%)	50 (100%)		

Com a aplicação do método mnemônico THINK, para o diagnóstico da etiologia do *delirium*, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 18. Da sua análise pode verificar-se que a maior parte dos doentes desenvolveu *delirium* devido a infeção/sepsis ou imobilização (n=22;44%). As situações tóxicas e hipoxemia com igual prevalência, (n=13;26%) constituem a segunda causa de *delirium* mais prevalente e, por sua vez, as intervenções não farmacológicas (n=2;4%) são a causa de *delirium* menos prevalente na amostra estudada. De referir, ainda, que não foi detetado nenhum caso onde a etiologia do *delirium* pudesse ser causada por problemas ao nível do potássio ou dos eletrólitos.

A análise da mesma tabela permite verificar que, na amostra estudada, quando a etiologia tem por base situações toxicas, o número e proporção de doentes que desenvolveram *delirium* hipoativo e hiperativo são aproximadas (n=7;53.8% e n=6;46.2% respetivamente). Nas situações em que o *delirium* tem na sua génese infeção/sepsis ou imobilização, é maior o número de doentes que desenvolveram *delirium* hiperativo (n=13; 59.1%). Quando a causa se deveu a intervenções não farmacológicas verificou-se que 2 doentes (100%) desenvolveram *delirium* hiperativo.

Pode ainda verificar-se que, do total de doentes cuja causa de *delirium* foi a hipoxemia, a grande maioria (n=11;84.6%) desenvolveu *delirium* hiperativo.

Apesar das constatações anteriormente apresentadas, a aplicação do teste do Qui-quadrado não demonstrou diferenças significativas nas proporções de doentes segundo as variáveis estudadas ( $p=0.121$ ).

Tabela 18 - Distribuição percentual dos doentes segundo o tipo de *delirium* e o método mnemónico THINK

		Tipo de <i>Delirium</i>		Total	Qui-quadrado	p
		Hipoativo	Hiperativo			
Método mnemónico THINK	Situações tóxicas, medicamentos delirantes	7 53.8%	6 46.2%	13 100%	4.218	0.121
	Hipoxemia	2 15.4%	11 84.6%	13 100%		
	Infeção/sepsis, imobilização	9 40.9%	13 59.1%	22 100%		
	Intervenções não farmacológicas	0 0.0%	2 100.0%	2 100%		
	Total	18 36.0%	32 64.0%	50 100%		





## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo vai proceder-se à comparação dos resultados obtidos com investigações já realizadas sobre a temática, dado que, como refere Fortin (2009) a discussão do trabalho corresponde, então, à interpretação dos dados que resultam da investigação realizada.

Mantendo-se a metodologia utilizada no capítulo precedente, a discussão dos resultados é estabelecida de acordo com os objetivos de investigação definidos anteriormente.

### **Objetivo 1 – Reconhecer a tipologia dos doentes sedados na UCIP**

A população deste estudo foi composta pelos 178 doentes internados, nos 32 momentos de avaliação realizados. Destes, verificou-se que 46 doentes (25.8%) se encontravam sedados no momento da avaliação e eram 9 os doentes a quem lhe havia sido administrada sedação nas últimas 24 horas, o que perfaz um total de 55 doentes (30.9%) sujeitos à administração de sedação nas 24 horas anteriores aos momentos de avaliação.

Um estudo realizado por Pinto (2011) que incidiu sobre a existência de objetivos clínicos claros de sedo-analgesia em 30 UCI, revelou que 40% das Unidades sobre as quais incidiu a investigação têm protocolo de sedo-analgesia, no entanto, apenas 17% aplicavam sempre esse protocolo, 58% aplicavam a mais de metade dos doentes, 16.7% utilizam-no em menos de metade dos doentes e havia uma UCI que não aplicava o protocolo. O mesmo autor refere que o tratamento farmacológico do *delirium*, nomeadamente o Haloperidol, era utilizado em todas as UCI. O autor faz, também, menção às benzodiazepinas, uma vez que, são utilizadas em 90% das Unidades.

Um outro estudo realizado por Soliman, Mélot e Vincent (2001), reconhecido por ser um dos maiores levantamentos de sedação, associada a doentes críticos, na Europa Ocidental, do qual Portugal fez parte, analisou 647 UCI de 16 países diferentes, concluindo que os fármacos mais administrados foram o Midazolam (63%), seguido pelo Propofol (35%), e ainda que o Midazolam era escolhido como sedativo de primeira linha em países como França, Alemanha, Holanda, Noruega ou Áustria.

A sedação constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* no doente crítico internado na UCI e, a sua utilização inadequada, acarreta

efeitos adversos para o doente, com destaque para o desenvolvimento de *delirium*. Pandharipande *et al.* (2006), avaliaram 196 doentes com ventilação mecânica, sujeitos à administração de sedação nas 24 horas anteriores, verificando que as benzodiazepinas estavam associadas a um aumento do risco de *delirium*, o que lhe permitiu concluir que a opção por outras drogas se revestia de particular importância. As evidências científicas têm mencionado que as benzodiazepinas, utilizadas como antipsicóticos, estão contraindicadas, dado que podem agravar o estado confusional, influenciando a maior ocorrência de *delirium* (Pandharipande *et al.* 2006). Inouye (2006) corrobora que são muitos os medicamentos que podem causar déficit cognitivo em doentes críticos, no entanto, dão principal destaque às benzodiazepinas e aos analgésicos opioides. Pandharipande *et al.* (2006) referem também o Midazolam enquanto fator precipitante independente para o desenvolvimento do *delirium*.

Bottino, Laks e Blay (2006) referem que nos doentes com *delirium* eram administrados mais medicamentos com ação anticolinérgica verificando-se que, quando a dose destes medicamentos era reduzida, os doentes apresentavam melhorias significativas no seu estado psicomotor. Ely *et al.* (2010) estudaram 275 doentes sujeitos a ventilação mecânica, internados em UCI médicas e coronárias, e concluíram que o Propofol estava associado a um aumento significativo do desenvolvimento de *delirium*, conteúdo propriedades indutoras da doença.

Riker *et al.* (2009) estudaram 375 doentes, internados em 68 UCI (médicas e cirúrgicas) de 5 países diferentes e compararam a Dexmedetomidina com o Midazolam tendo constatado uma redução da prevalência de *delirium* em doentes sedados com o primeiro medicamento.

Na investigação que se apresenta verificou-se que foi administrada sedação nas 24 horas anteriores aos momentos de avaliação a 30.9% dos doentes internados, sendo que, o Propofol foi administrado isoladamente a 46 doentes (83.6%), o Midazolam foi administrado isoladamente a 4 doentes (7.3%) e, por último, o Propofol combinado com o Midazolam foi administrado a 5 doentes (9.1%). Os medicamentos, nomeadamente os sedativos, são administrados ao doente internado na UCI para reduzir a dor, a ansiedade, entre outros, no entanto, devido aos efeitos adversos que estes medicamentos acarretam, considera-se importante avaliar a administração de sedativos a doentes internados na UCI, bem como a escolha dos medicamentos usados para o fim a atingir, uma vez que, Pun e Ely (2007) referem que os sedativos podem estar na origem do desenvolvimento

do *delirium*, por interferirem com os níveis dos neurotransmissores cerebrais. Assim, revela-se fundamental a utilização de protocolos de sedação nas UCI com o intuito de gerir os medicamentos utilizados, o score de sedação e o tempo de sedação.

Realça-se o uso, nesta UCI, do Propofol como sedativo de primeira linha, uma vez que, tal como referido anteriormente, é aquele que está associado a menor prevalência do *delirium*, em detrimento do Midazolam, que aparece, sempre, associado a uma elevada prevalência da patologia.

## **Objetivo 2 – Avaliar a prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP**

O *delirium* destaca-se nas UCI por se constatar que é das doenças mentais mais prevalentes nos doentes críticos (Pereira *et al.*, 2016). Segundo Faria e Moreno (2013) a prevalência e incidência do *delirium* é maior nas UCI, relativamente a outros serviços hospitalares, referindo, no entanto, que as evidências relativas ao *delirium* nas UCI são escassas.

O *Nacional Institute for Health and Care Excellence* (2014) refere que a prevalência do *delirium* nas UCI médicas é de 30% enquanto nas UCI cirúrgicas é de 50%.

No estudo realizado por Pinto (2011) em todas as UCI portuguesas, exceto as dedicadas à patologia coronária e cardio-torácica, o autor constatou que o *delirium* era avaliado somente em 40% das unidades o que vai de encontro ao defendido por Faria e Moreno (2013) que afirmam que 66% dos casos de *delirium* podem não chegar a ser diagnosticados.

Durante a recolha de dados, e com o intuito de avaliar a prevalência de *delirium*, recorreu-se à escala IDCSC para que o mesmo pudesse ser diagnosticado. Dos 178 doentes internados nos referidos momentos de avaliação, foram 60 (33.75%) os doentes aos quais não foi possível aplicar a ICDSC por se encontrarem comatosos ou estuporosos. Por outro lado, foi possível aplicar a escala a 68 doentes (38.2%) sem que lhe fosse diagnosticado *delirium*. Foram diagnosticados 6 doentes (3.4%) com subsíndrome de *delirium* e 44 doentes (24.7%) com *delirium*, o que perfaz um total de 50 doentes delirantes, permitindo afirmar que a prevalência de *delirium* na UCIP em estudo era de 28.1%.

Haller (2015), num artigo de revisão apresentado, afirma que a prevalência de *delirium* numa UCI varia entre 60 e 82%, nos doentes submetidos a ventilação mecânica, e entre 40 e 60% nos doentes em ventilação espontânea. Acrescenta que a prevalência de *delirium* aumenta proporcionalmente ao aumento de doentes cirúrgicos. O valor de prevalência do estudo que se apresenta foi manifestamente mais baixo do que o apresentado pelo autor devendo, no entanto, realçar-se os 60 doentes que, embora fazendo parte da população, não lhe foi possível aplicar a escala.

Pereira *et al.* (2016), ao desenvolverem o seu trabalho numa UCI com as mesmas características desta onde o presente estudo foi realizado, obtiveram resultados mais elevados no que diz respeito à prevalência de doentes delirantes, com 35% da sua amostra a desenvolver *delirium*.

### **Objetivo 3 – Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* nos doentes internados na UCIP**

Na identificação da relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* em doentes internados na UCIP, foi possível constatar que, dos 50 doentes a quem foi diagnosticado *delirium*, 68% tinham 65 ou mais anos, facto corroborado pelo trabalho desenvolvido por Ely *et al.* (2010) que defende que existe maior evidência de *delirium* nos doentes com 60 ou mais anos de idade. A idade avançada, como referido no referencial teórico, é um fator predisponente para o *delirium*. A média de idades da amostra, do presente estudo, era de 68.62 anos.

Bottino, Laks e Blay (2006) referem que o sexo masculino é considerado um fator predisponente para o desenvolvimento de *delirium*. Indo de encontro às conclusões dos referidos autores, verifica-se que o sexo masculino é o que apresenta maior prevalência de *delirium* (82%), quando comparado com o sexo feminino (18%).

A *Organização Mundial de Saúde* reconheceu em 1967 o alcoolismo enquanto doença, sendo que afeta, 10% da população do mundo, independentemente do sexo, idade, condição socioeconómica e/ou etnia. A referida organização reafirma que o uso nocivo do álcool figura entre as quatro condições mais incapacitantes do mundo. Também aqui se confirma, com base nos dados obtidos, que o consumo de álcool é um hábito de 32 (64%) doentes.

No que ao serviço de proveniência do doente crítico diz respeito, verificou-se que 40 doentes (80%) provieram do SU e 10 doentes (20%) de Serviços de Internamento. Segundo Mori, Kashiba, Silva, Zanei e Whitaker (2009), os doentes que são direcionados de outros Serviços de Internamento podem ter desenvolvido anteriormente o *delirium* sem que a doença fosse diagnosticada, tendo em conta que, como supra referido, o *delirium* é subdiagnosticado, facto que pode explicar os resultados obtidos no estudo, com uma prevalência de 80% de doentes delirantes que entraram na UCIP provenientes do SU.

No que concerne a administração de sedação verificou-se que foi administrado Propofol nas 24 horas anteriores aos momentos de avaliação a 36% dos doentes (n=18) da amostra, no entanto, a dois dos dezoito doentes foi administrado Propofol juntamente com Midazolam. Importa, ainda, referir que, após aplicação da escala de RASS, 32 doentes foram avaliados com RASS >0 (64%) e 18 doentes com RASS ≤0 (36%). Observou-se uma correlação, estatisticamente significativa, entre o score da escala de *delirium* e a escala de sedação, o que significa que ao aumento do score da escala de RASS está associado o aumento do score da escala ICDSC, podendo afirmar-se que o *delirium* quando associado a valores de RASS positivos, corresponde a maior score na escala ICDSC, o que é corroborado pelo estudo realizado por Pinto (2011). O autor refere que, no que diz respeito à sedo-analgesia nas UCI em Portugal, não se fazem cumprir as recomendações baseadas na melhor evidência científica, o que pode confirmar o facto de que a origem da sobre-sedação advém do desconhecimento das complicações que lhe estão associadas, e que, paralelamente, existem doentes cuja administração de sedo-analgesia peca por defeito, o que se traduz numa maior agitação psicomotora.

Pode constatar-se que não existe evidência científica que valide a prevalência do *delirium* no que diz respeito à residência, ao estado civil e à escolaridade. No entanto, considera-se pertinente expor os dados obtidos acerca da caracterização sociodemográfica da amostra que era constituída por 74% de doentes casados, 18% de doentes solteiros e 8% de doentes viúvos, o que remete para uma maior prevalência de *delirium* nos indivíduos casados.

Verificou-se que 62% da amostra residia em meio rural e 38% em meio urbano embora, como referido anteriormente, a evidência científica não constata a residência como fator precipitante para o desenvolvimento do *delirium*.

Por último, no que às habilitações literárias diz respeito, constatou-se através da análise dos dados, que os doentes com habilitações literárias ao nível do ensino básico (74%) constituíam o grupo com maior prevalência de *delirium*. No entanto, pela pesquisa realizada as habilitações literárias não são consideradas um fator de risco para desenvolvimento da doença.

Importa também, neste momento, apresentar os principais resultados obtidos através da operacionalização da variável do *delirium* em hipoativo e hiperativo. Segundo Cunha e Giacomini (2001) no *delirium* hipoativo, o doente apresenta-se letárgico e apático e, conforme apresentado por Ouimet, Kavanagh, Gottfried e Skrobik (2007), o *delirium* hipoativo é diagnosticado em 85% dos doentes idosos internados em UCI, sendo que, geralmente é subdiagnosticado. Por outro lado, para o primeiro autor, no que diz respeito ao *delirium* hiperativo, aquele que é mais diagnosticado, o doente apresenta períodos de hiper-vigília com agitação associada, podendo ser agressivo e apresentar alucinações.

Carvalho, Almeida e Gusmão-Flores (2013) apresentam diversos estudos que se referem à prevalência do *delirium* em doentes internados em UCI, podendo, a mesma, atingir 80% dos doentes críticos submetidos a ventilação mecânica. Ely *et al.* (2004) defende que existem evidências científicas que confirmam que o *delirium* está associado à degradação do estado de saúde do doente crítico o que conduz diretamente ao aumento da duração da ventilação mecânica.

São escassos os estudos que incidem sobre o *delirium* em doentes submetidos a VMNI. A VMNI configura qualquer forma de suporte ventilatório através das vias aéreas superiores, utilizando máscara ou similares com objetivos clínicos e fisiológicos. Após análise dos dados do estudo apresenta-se constata-se que, quando associado o tipo de *delirium* ao tipo de ventilação, nos doentes que são submetidos a VMNI, 86.7% desenvolvem *delirium* hiperativo e 13.3% desenvolvem *delirium* hipoativo podendo inferir-se, desta forma, que o doente submetido a VMNI tende a desenvolver *delirium* hiperativo. Tal facto parece evidenciar que quanto mais os procedimentos se tornam invasivos, maior é a tendência para desenvolver o *delirium*.

Aos doentes internados em UCI estão muitas vezes associados sintomas de ansiedade e dor, sendo que quase todos os doentes críticos, estão sob ventilação mecânica, o que significa que estão frequentemente sob o efeito de sedativos e/ou analgésicos.

Tendo em conta fatores como o tipo de ventilação, a dor, a hipoxémia, a infeção/sepsis, e a imobilização reconhece-se que o *delirium* hiperativo é o mais representativo na UCIP onde decorreu a presente investigação o que contraria o apresentado por Chalhub (2012) que concluiu que o subtipo de *delirium* mais figurativo em UCI é o hipoativo.

Devido à situação crítica dos doentes, a avaliação da dor no doente crítico inconsciente /sedado é, segundo Young, Siffleet, Nikoletti e Shaw (2006), subestimada e sub-tratada. A dor é, também, considerada um fator precipitante do *delirium*, tornando-se essencial a sua monitorização para promover a redução da incidência do fenómeno. Efetuando-se a análise estatística entre a presença de dor e episódios de *delirium*, verificou-se que existem diferenças, embora sem significado estatístico, entre os episódios de *delirium* em doentes críticos com e sem dor, sendo que, a probabilidade de *delirium* aumenta com a presença da dor, tendo em conta que 39 doentes (78%) desenvolveram *delirium* com a presença de dor e, 11 doentes (22%) perante os quais não se verificou relação entre a dor e os episódios de *delirium*. No contexto da investigação que se apresenta importa enfatizar que quando não há presença de dor, não existem diferenças significativas entre a percentagem de doentes que desenvolve *delirium* hipoativo (54.5%) e *delirium* hiperativo (45.5%). No entanto, perante doentes que desenvolvem *delirium* com a presença de dor, pode-se deduzir-se que a par do aumento da intensidade da dor está o aumento daqueles que desenvolvem *delirium* hiperativo com valores próximos dos 70%.

Procedendo-se à aplicação do método mnemónico THINK, para diagnóstico da etiologia do *delirium* verifica-se que existe uma pluralidade de doenças de base que interfere diretamente com o desenvolvimento de fenómeno, nomeadamente, situações tóxicas/medicamentos delirantes; hipoxémia; infeção/sepsis, imobilização; e, ainda, intervenções não-farmacológicas, podendo-se, neste caso, enfatizar a hipoxémia e a infeção/sepsis, imobilização, por serem as mais prevalentes na amostra.

No decorrer da investigação constatou-se que, embora sem significância estatística, o doente hipoxémico tende a desenvolver *delirium* hiperativo, uma vez que representa 84.6% daqueles cujo fator etiológico é a hipoxémia. A mesma se caracteriza pela diminuição da concentração de oxigénio no sangue arterial o que significa que a maioria dos doentes requer suplemento de oxigénio. Considerando que a oxigenoterapia está associada a intervenções que aumentam a ventilação, nomeadamente, os procedimentos de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) os resultados obtidos parecem

evidenciar a tendência que a VMNI tem em desenvolver *delirium* hiperativo pode, também, estar associada às situações de hipoxemia.

Inouye (2006) e Pun e Ely (2007) referem que as infecções/sepsis, as alterações na oxigenação, a medicação e a dor são conhecidos fatores precipitantes relacionados com a doença aguda, tal como ocorre no presente estudo.

#### **Objetivo 4 – Propor um plano de ação com o intuito de diminuir casos de *delirium* em doentes críticos**

Indo de encontro ao objetivo definido para este estudo, e considerando o potencial que existe para poder intervir, são apresentados, seguidamente (tabela 19), alguns fatores de risco modificáveis a que os doentes internados na UCIP estão sujeitos e que podem aumentar a predisposição para o desenvolvimento de *delirium*, realizando uma correspondência com as intervenções que se consideram ser adequadas. O objetivo da elaboração deste plano de ação é de que o mesmo seja implementado no referido serviço, facilitando desta forma o reconhecimento das intervenções que podem ser executadas na prevenção do *delirium*. Importa salvaguardar, que a implementação das intervenções poderá estar condicionada pela avaliação multidisciplinar, uma vez que, algumas delas, não podem ser assumidas exclusivamente pelo Enfermeiro.

Pretende-se apresentar o presente estudo a todos os profissionais da UCIP, para que a realidade do serviço seja do conhecimento geral no que toca a esta temática, e todos se sintam envolvidos neste projeto de melhoria.

A escala a implementar para proceder ao diagnóstico de *delirium* será a ICDSC, depois de devidamente formados todos os profissionais que a vão usar.



Tabela 19 - Plano de ação para prevenção de *delirium* no doente crítico

Fatores de Risco	Intervenções	Sim	Não
Avaliação do <i>delirium</i>	- Avaliar diariamente a presença de <i>delirium</i> recorrendo à ICDSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promoção da orientação	- Orientar o doente, pelo menos uma vez turno, quanto ao espaço, tempo, pessoa e situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomento do envolvimento da família	- Envolver a família, de tal forma que, seja mais fácil para o doente identificar o meio que o rodeia - Incentivar a família a visitar o seu familiar doente regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente da UCIP	- Humanizar do espaço da UCIP, otimizando temperatura, luz e ruído - Diferenciar o dia da noite e fazer com que o doente se aperceba dessa diferença - Adequar a comunicação que é mantida com os doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Início precoce de mobilizações e promoção da atividade física	- Efetuar levante para cadeirão (sempre que possível) - Na impossibilidade de ser efetuado o levante, colocar a cama em modo cadeirão - Incentivar o doente a ser o mais autónomo possível durante as transferências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlo da eliminação vesical e intestinal	- Desalgaliar o doente logo que possível e ensinar como utilizar o urinol - Estimular o uso da arrastadeira em prol da fralda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutenção da oxigenação e tensão arterial em níveis adequados	- Monitorizar, de hora a hora, a oxigenação e tensão arterial - Adequar a fração inspiratória de oxigénio em função das necessidades - Controlar valores de tensão arterial dentro de parâmetros normais, se necessário recorrer ao uso de terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de sedação	- Otimizar a sedação, reduzindo a utilização de benzodiazepinas - Efetuar pausas diárias controladas na sedação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlo da dor	- Avaliar a dor recorrendo, para tal, ao uso de escalas validades - Administrar analgesia sempre que se justificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilação mecânica	- Suspender, logo que clinicamente possível, o uso de ventilação mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene do sono	- Criar um ambiente calmo, diminuir o ruído e a luz - Proteger o doente sempre que for necessário prestar cuidados a um doente vizinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O *delirium* caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência, bem como por uma alteração da cognição, que se desenvolve num curto espaço de tempo, e pode variar de horas a poucos dias. Acarreta consequências adversas para o doente crítico no decorrer do internamento numa UCI. Com base na evidência científica, bem como no desenvolvimento do presente estudo, verificou-se que esta é uma síndrome subdiagnosticada e, igualmente, desvalorizada pelos profissionais de saúde.

Esta patologia constitui um reconhecido fator de aumento dos níveis de ansiedade e stress entre os familiares do utente, sendo clara, ainda, a relação direta entre a mesma e o aumento de stress laboral junto das equipas multidisciplinares que atuam nas UCI.

Braz (2009) refere que o *delirium* dependerá da doença associada, dos antecedentes clínicos do utente e da celeridade no diagnóstico para que seja eficazmente controlado e tratado.

Pretendeu-se, com este estudo, perceber se a sedação, reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*, era usada de forma adequada, proceder ao diagnóstico da patologia e calcular qual a sua prevalência, e analisar a sua associação com eventuais fatores precipitantes.

No desenvolvimento do estudo encontraram-se algumas dificuldades metodológicas, nomeadamente, a escassez de dados no que concerne à prevalência de *delirium* representativos da realidade portuguesa, dada a escassez de estudos publicados acerca da temática.

Existiram, portanto, algumas limitações relativamente à extrapolação de resultados, destacando-se a necessidade de utilizar uma amostra maior e a inclusão de novas variáveis.

As conclusões que agora se apresentam pretendem ser reflexivas e estabelecer ilações acerca dos resultados obtidos, reconhecendo, no entanto, que continuam em aberto inúmeras questões, no sentido de novos avanços no domínio do conhecimento baseado na evidência.

No que concerne a administração de sedação verificou-se que dos 178 doentes que constituíram a amostra estudada, 55 (30.9%) foram sujeitos à administração de sedação

nas 24 horas anteriores aos momentos de avaliação. Usados, como medicamentos com efeito sedativo, o Propofol e Midazolam, sendo de destacar o uso do Propofol, na grande maioria dos casos usado como único sedativo, (83.6% dos doentes sedados), em combinação com o Midazolam em mais 9.1% dos doentes. Importa realçar que somente a 18 (36%) dos doentes aos quais foi diagnosticado *delirium*, lhe havia sido administrada sedação nas últimas 24 horas.

Aquando da aplicação da ICDSC, verificou-se que 60 doentes (33.7%), por se encontrarem sem resposta, ou com necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter resposta, constituíram o grupo de doentes a quem foi impossível aplicar a referida escala. Destaca-se a proximidade percentual destes, com a dos doentes sedados (30.9%), aspeto revelador de que a diminuição do estado de consciência pode ser, na grande maioria dos casos, resultado da administração de sedação. Por outro lado, foram 68 (38.2%) os doentes a quem foi aplicada a ICDSC, sem que situações de *delirium* fossem diagnosticadas. A prevalência de *delirium* na população em estudo foi de 28.1%.

Dos 50 doentes delirantes, concluiu-se que 34 (68%) tinham idade  $\geq 65$  anos, 41 (82%) eram do sexo masculino, 37 (74%) casados, 31 (62%) tinham no meio rural a sua residência, 37 (74%) possuíam como habilitações literárias o ensino básico e 33 (66%) doentes encontravam-se em situação de reforma.

Concluiu-se que, dos doentes delirantes, 40 doentes (80%) provieram do SU, 36 (72%) desenvolveram *delirium* durante os primeiros 10 dias de internamento, 21 (42%) tinham visitas diárias de familiares, 32 (64%) tinham hábitos de consumo de álcool, 39 (78%) apresentavam queixas de dor, 28 (56%) estavam submetidos a ventilação mecânica, 32 (64%) não foram sujeitos à administração de sedação nas 24 horas anteriores, e ainda, 32 (64%) obtiveram pontuação superior a zero (0) na escala de RASS, valor que indicia, maioritariamente, a presença de *delirium* hiperativo.

Quando correlacionados os scores da escala ICDSC e RASS, verificou-se significância estatística ( $p=0.019$ ), o que permitiu concluir que valores de RASS positivos estão associados a score mais elevado na ICDSC.

Utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar as médias obtidas na escala de *delirium* com o grupo etário, verificou-se que existe significância estatística ( $p=0.046$ ), o que permite concluir que, a idades mais jovens está associado um score na ICDSC maior.

Embora sem significância estatística, a aplicação do referido teste, permitiu constatar que os doentes a quem foi administrada sedação nas 24 horas anteriores aos momentos de avaliação, obtiveram valores das escalas de RASS e ICDSC mais elevados parecendo evidenciar que a sedação poderá, de igual forma, constituir um fator precipitante de *delirium*.

Quando dicotomizada a variável dependente em *delirium* hipoativo e hiperativo, a aplicação do teste do Qui-quadrado, permitiu concluir que doentes submetidos a ventilação mecânica desenvolvem, na maioria dos casos (86.7% para doentes submetidos a VMNI e 61.5% para doentes submetidos a VMI), *delirium* hiperativo. Já nos doentes em ventilação espontânea existe igualdade percentual entre *delirium* hipo e hiperativo. O mesmo acontece na presença de dor onde 68.8% dos doentes com dor fraca e 71.4% dos doentes com dor leve, desenvolvem *delirium* hiperativo. Na ausência da mesma, existe equilíbrio percentual entre *delirium* hipo e hiperativo. Ambos os casos não evidenciaram significado estatístico.

A aplicação do mesmo teste, e igualmente sem significado estatístico, possibilitou verificar que, dos doentes cuja etiologia do *delirium* era a hipoxemia, 84.6% desenvolveram *delirium* hiperativo, verificando-se proximidade percentual perante todas as outras etiologias.

Face às principais conclusões obtidas no presente estudo considera-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para a monitorização do *delirium*, através da aplicação da ICDSC, tendo em mente o diagnóstico precoce desta intercorrência. É igualmente importante a sensibilização dos mesmos para a avaliação rotineira da sedação, apelando para a sua adequada utilização no doente crítico.

Considera-se, ainda, fundamental a implementação de medidas preventivas com o intuito de reduzir a incidência de *delirium* em doentes internados na UCIP.

Da análise efetuada pode-se concluir que é essencial atuar, de forma adequada, sobre alguns fatores de risco modificáveis, nomeadamente, a promoção da orientação, o envolvimento da família, o ambiente da UCIP, as mobilizações e atividade física, o controlo da eliminação vesical e intestinal, a manutenção de uma correta oxigenação e pressão arterial, o controlo da dor, o uso de ventilação mecânica e a higiene do sono.

Por fim, considera-se que o desenvolvimento do presente estudo permitiu uma reflexão e um olhar mais atento acerca do *delirium* em doentes críticos internados na UCIP, atendendo que se obteve o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, fazendo com que o “*delirium*” fizesse parte do quotidiano laboral da mesma.

## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Pretendeu-se que este relatório se constituísse um “diário” de todo o percurso realizado para a obtenção do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O mesmo ambiciona dar visibilidade a todas as etapas e metas atingidas, durante estes quase três anos de dedicação extrema a uma ciência, a Enfermagem.

Mais uma vez, interessa dividir as duas grandes etapas que constituíram este percurso académico, a componente prática, capítulo I deste relatório e cuja descrição pormenorizada se encontra em documento anexo ao mesmo, e a componente científica, capítulo II do referido relatório.

Tendo presente os objetivos propostos para a elaboração deste trabalho, importa, nesta fase, refletir acerca dos mesmos.

O primeiro objetivo pretendia permitir uma autoanálise acerca da aquisição de competências próprias do Enfermeiro Mestre/Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica. Tal como referido anteriormente, essa autoanálise, pormenorizada, encontra-se em documento anexo e descreve os três campos de estágio, bem como as competências, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, desenvolvidas em cada um deles. Considera-se que a escolha dos campos de estágio foi, de todo, pertinente, na medida em que todos enriqueceram o meu percurso profissional e académico, em todos me foi dada a oportunidade de adquirir competências específicas do EEEMC. Senti-me à altura dos desafios, ciente das dificuldades, aguçou-me a paixão que já sentia pelo doente crítico e deu-me a certeza que se trata da minha área de conforto.

Já o segundo objetivo ambicionava o desenvolvimento de mestrrias em Investigação Científica. O desenvolvimento do mesmo constitui o capítulo II deste relatório. Relativamente a este objetivo, para mim, aquele que foi mais difícil alcançar, pela falta de perícia na elaboração de um Estudo Empírico, realço a escolha do tema, de todo pertinente e atual. O *delirium*, é, inequivocamente, uma realidade que afeta imensos doentes internados em UCI, sem que o seu tratamento seja o mais adequado. Do estudo em si, sublinho as dificuldades que senti, destaco a ajuda que me foi proporcionada pelos meus orientadores, e concluo afirmando que sinto que este objetivo foi

devidamente atingido, sinto-me com força e vontade de continuar, de não deixar esquecer aquilo que aprendi.

Por último, apresentar o percurso realizado para obtenção do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em situação Crítica, terceiro objetivo, em parte atingido com a elaboração e aprovação deste relatório. Seguidamente pretende-se a formalização do mesmo com a defesa pública e respetiva avaliação, a apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar da UCIP onde o estudo se desenrolou e, ainda, a submissão de um artigo para publicação.

Não considero que seja o fim de um caminho, mas sim, a base para o início de uma nova etapa, onde pretendo desenvolver iniciativas que promovam o meu crescimento profissional enquanto Enfermeiro Especialista, bem como a busca do conhecimento, alicerçado na evidência científica, que eu próprio poderei ajudar a cria



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, F. (2007). *Unidade de cuidados intensivos: Manual de enfermagem*. Portimão – Lagos: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

American Psychiatric Association. (1980). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (3ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Balas, M., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H. Disbot, M. & Fuchs, B. (2012). Management of delirium in critically ill older adults. *Critical Care Nurse*, 32 (4), 15-26.

Bottino, C. & Ávila, R. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (4), 316-320.

Bottino, C., Laks, J. & Blay, S. (2006). *Demência e Transtorno Cognitivo em Idosos*. Brasil: Editora Guanabara Koogan.

Braz, J. (2009). Delirium - Síndrome potencialmente letal e pouco diagnosticada. Consultado no URL: [http://www.medicinageriatrica.com.br//delirium\\_na\\_uti\\_parte\\_2](http://www.medicinageriatrica.com.br//delirium_na_uti_parte_2), acedido a 12 de novembro de 2016.

Brummel, N., Vasilevskis, E., Han, J., Boehm, L., Pun, B. & Ely, E. (2013). Implementing delirium screening in the ICU. *Critical Care Medicine*, 41 (9), 2196-2208.

Burock, J. (2012). Delirium in the elderly. *Medicine & Health*, 95 (7), 214-219.

Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium acute confusional states in palliative medicine*. (2ª edition). New York: Oxford University Press.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carrillo, R. (2011). La educación en la unidad de cuidados intensivos. *Cirugía y Cirujanos*, 79 (1), 92-99.

Carvalho, J. (2012). *Escalas de avaliação de delirium em pacientes críticos: Revisão sistemática da literatura*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia.

Carvalho, J., Almeida, A. & Gusmão-Flores, D. (2013). Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25 (2), 148-154.

Chalhub, R. (2012). *Subtipos clínicos de delirium e sua relação com a mortalidade: Revisão sistemática da literatura*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde.

Cunha, U. & Giacomini, K. (2001). Delirium no idoso. *Atheneu*, 641-658.

Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.

Dubois, M., Bergeron, N., Dumont, M., Dial, S. & Skrobik, Y. (2001). Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Medicine*, 27, 1297-1304.

Ely, E., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G. & Inouye, S. (2001). Evaluation of delirium in critical patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 29 (7), 1370-1379.

Ely, E., Stephens, R., Jackson, J., Thomason, J., Truman, B., Gordon, S., Dittus, R. & Bernard, G. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 32 (1), 106-112.

Ely, E., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S., Harrell, F., Inouye, S., Bernard, G. & Dittus, R. (2010). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291 (14), 1753-1762.

Émond, C. (2001). Le délirium des soins intensifs. *Pharmactuel*, 43 (6), 151-157.

Faria, R. & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25 (2), 137-147.

Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F. & Baltazar, S. (2008). Cuidar do doente crítico com dor: Um desafio no serviço de medicina intensiva. *Sinais Vitais*, 77, 24-28.

Fonseca, P. (2012). *Guia para a redação de relatórios*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Fortin, M. (1999). *O projecto de investigação*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidactica.

Girard, T., Pandharipande, P. & Ely, E. (2008). O *delirium* na unidade de terapia intensiva. *Critical Care*, 12, Suppl. 3.

Goddard, S. & Fan, E. (2011). Réduire l'iatrogénèse en soins intensifs: le délire et les complications associées chez les patients en soins intensifs. *Soins Intensifs Actualités Scientifiques*.

Gusmao-Flores, D., et al. (2011). The validity and reliability of the portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*, 66 (11), 1917-1922.

Haller, A. (2015). Le délire en unité de soins intensifs. *Forum Medical Suisse*, 15 (31-32), 696-701.

Hshieh, T., Fong, T., Marcantonio, E. & Inouye, S. (2008). Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: A synthesis of current evidence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(7), 764-772.

Hughes, C., Brummel, N., Vasilevskis, E., Girard, T. & Pandharipande, P. (2012). Future directions of delirium research and management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26 (3), 395-405.

Inouye, S. (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 354 (11), 1157 – 1165.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões – 2010*. Lisboa.

Jacobi, J., Fraser, G., Coursin, D., Riker, R., Fontaine, D., Wittbrodt, E., Chalfin, DB., Masica, M., Bjerke, H., Coplin, W., Crippen, D., Fuchs, B., Kelleher, R., Marik, P., Nasraway, S., Murray, M., Peruzzi, W., Lumb, P., Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) & American College of Chest Physicians. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30 (1), 119-141.

Junior, A., Pires, R., Figueiredo, W. & Park M. (2008). Validity, reliability and applicability of portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Medical Journal*, 126 (4), 215-219

Khan, B., Khan, D. & Bourgeois J. (2009). Delirium: sifting through the confusion. *Current Psychiatry Reports*, 11 (3), 226-234.

Knobel, E. (2006). *Condutas no paciente grave*. (3ª edição). São Paulo: Editora Atheneu.

Leentjens, A. & Mast, R. (2005). Delirium in elderly people: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (3), 325-330.

Liptzin, B. & Levkoff, S. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *The British Journal of Psychiatry*, 161 (6), 843-845.

Lôbo, R., Silva, S., Lima, N., Ferriolli, E. & Moriguti, J. (2010). Simpósio: Condutas em enfermaria de clínica médica de hospital de média complexidade – 2ª Parte. *Medicina Ribeirão Preto*, 43 (3), 249-257.

McGuire, B., Basten, C., Ryan, C. & Gallagher, J. (2000). Intensive care unit syndrome – A dangerous misnomer. *Archives of Internal Medicine*, 160 (7), 906-909.

Mendonça, M. (2011). *O delirium no doente de cuidados intensivos*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52 (1), 79 – 90.

Miller, B. (2003). *Enciclopédia & dicionário médico para enfermeiros & outros profissionais da saúde*. (6ª edição). Tradução de Paulo Marcos Agria de Oliveira, Silvia Spada. São Paulo: Editora Roca.

Miller, R. & Swensson, E. (2002). *Hospital and healthcare facility design*. New York: WW Norton & Company Inc.

Morandi, A., Pandharipande, P., Trabucchi, M., Rozzini, R., Mistraletti, G., Trompeo, A., Gregoretti, C., Gattinoni, L., Ranieiri, M., Brochard, L., Annane, D., Putensen, C., Guenther, U., Fuentes, P., Tobar, E., Anzueto, A., Esteban, A., Skrobik, Y., Salluh, J., Soares, M., Granja, C., Stubhaug, A., Rooij, S. & Ely, E. (2008). Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 34 (10), 1907-1915.

Moreira, C. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Moreno, R. (2000). *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Mori, S., Kashiba, K., Silva, D., Zanei, S. & Whitaker, I. (2009). Confusion assesement method para analisar o delirium em unidade de terapia intensiva - Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1).

Nassar, A., Pires, R., Figueiredo, W. & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*., 126 (4), 215-219.

National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. London: National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions.

Nacional Instituite for Health and Care Excellence. (2014). *Delirium in adults: Quality standard*.

National Institutes of Health. (1983). Consensus development conference on critical care. *Critical Care Medicine*, 11 (6), 466-469.

Nightingale, F. (1871). *Una and the Lion*. London: Riverside Press.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10ª revisão). World Health Organization.

Ouimet, S., Kavanagh, B., Gottfried, S. & Skrobik, Y. (2007). Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Medicine*, 33 (1), 66-73.

Pandharipande, P., Jackson, J. & Ely, E. (2005). Delirium: Acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Current Opinion Critical Care*, 11(4), 360-368.

Pandharipande, P., Shintani, A., Peterson, J., Pun, B., Wilkinson, G., Dittus, R., Bernard, G. & Ely, E. (2006). Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*, 104 (1), 21-26.

Pandharipande, P., Cotton, B., Shintani, A., Thompson, J., Pun, B., Morris, J., Dittus, R. & Ely, E. (2008). Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma*, 65 (1), 34-41.

Pereira, A. (2008). *SPSS: Guia prático de utilização*. (7ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M. & Santos, M. (2016). Delirium no doente crítico: Factores modificáveis pelos enfermeiros. *Referência*, 4 (9), 29-36.

Pinto, A. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Pinto, F. (2011). *Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal – Resultados de um inquérito nacional*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Centro Hospitalar do Porto, Universidade do Porto.

Pitrowsky, M., Shinotsuka, C., Soares, M., Lima, M. & Salluh, J. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22 (3), 274-279.

Poirier, D. (2008). Psychose des soins intensifs ou delirium?. *Le Médicin du Québec*, 43 (9), 29-36.

Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. (7ª edição). Porto Alegre: Artmed.

PORDATA. (2015). População empregada segundo os censos: total e por sector de atividade económica. Obtido a 31 de janeiro de 2018 a partir de <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+segundo+os+Censos+total+e+por+sector+de+atividade+econ%C3%B3mica-145>.

Pun, B. & Ely, W. (2007). The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*, 132 (2), 625-636.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, II Série. Nº 35. Assembleia da República. Lisboa.

Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, II Série. Nº 35. Assembleia da República. Lisboa.

Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro. Diário da República, II Série. Nº 233. Assembleia da república. Lisboa.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia da investigação em psicologia e saúde* (3ª edição). Porto: Legis Editora.

Riker, R., Shehabi, Y., Bokesch, P., Ceraso D., Wisemandle, W., Koura, F., Whitten, P., Margolis, B., Byrne, D., Ely, E., Rocha, M. & SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group (2009). Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: A randomized trial. *Jama*, 301 (5), 489-499.

Rocha, E. (s.d.). Investigação epidemiológica: Uma visão geral. *Factores de Risco*, 64-68.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais: Casos práticos*. Porto: Porto Editora, Colecção Educação e Trabalho Social.

Shinotsuka, C. & Salluh, J. (2013). Percepções e práticas sobre o delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25 (2), 155-161.

Skrobik, Y., Bergeron, N., Dumont, M. & Gottfried, S. (2004). Olanzapine vs haloperidol: Treating delirium in a critical care setting. *Intensive Care Medicine*, 30 (3), 444-449.

Skrobik, Y. (2008). Le delirium aux soins intensifs. *Réanimation*, 17, 618-624.

Society of Critical Care. (s.d). *History of Critical Care*. Consultado no URL: [http://www.sccm.org/AboutSCCM/History\\_of\\_Critical\\_Care/Pages/default.aspx](http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx),  
acedido a 3 de junho de 2017.

Soliman, H., Mélot, C. & Vincent, J. (2001). Sedative and analgesic practice in the intensive care unit: The results of a European survey. *British Journal of Anaesthesia*, 87 (2), 186-192.

Tropea, J., Slee, J. & Brand, C. (2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 27 (3), 150-156.

Urden, L. & Stacy, K. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção*. (5ª Edição). Lisboa: Lusodidactica.

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S. & Shaw, T. (2006). Use of behavioural pain scale to assess pain in ventilates unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22 (1), 32-39.

Young, J. & Inouye, S. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334 (7598), 842-846.



## **ANEXOS**



## **Anexo I – Cronograma de Estágio**



CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS 2016-2017

		Mês													
		Número de semanas													
		Dia da semana													
Nº Mec.		Nome dos Alunos													
17150	Alexandra Sofia Vaquero Fernandes v.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24493	Pedro Miguel Barreira Preto	SU Bragança				UCIP Bragança				Hemodálise Bragança				Hemodálise Bragança	
13095	Piedade Alexandra Ladeira Dias	UCIP Bragança				Hemodálise Bragança				Hemodálise Bragança				Hemodálise Bragança	
15487	Silvia Maria Gonçalves Fernandes *	SU Bragança				UCIP Bragança				UCIP Bragança				BO Bragança	
10538	Maria Cristina Mós Bemposta	SU Bragança				UCIP Bragança				UCIP Bragança				BO Bragança	
17526	Vera Ângela Lopes Pires	SU Bragança				UCIP Bragança				UCIP Bragança				BO Bragança	
10615	Andreia Catarina Gonçalves da Graça	UCIP Bragança				UCIP Bragança				BO Bragança				BO Bragança	
34021	Alfredo Carlos Preto Fernandes	UCIP Bragança				UCIP Bragança				AVC Macedo				SU Bragança	
17881	Luis Carlos Almeida Pires	UCIP Vila Real				Hemodálise Bragança				Hemodálise Bragança				SU Bragança	
26987	Telmo Ricardo Alves Malhão	SU Bragança				SU Bragança				Hemodálise Bragança				UCIP Vila Real	
34022	Elisabete Maria Fins Morais	Hemodálise Bragança				BO Bragança				SU Vila Real				UCIP Vila Real	
16639	Patrícia Sofia Vaz Lopes	BO Bragança				SU Bragança				SU Bragança				UCIP Bragança	
22023	Petra Samanta Pires de Freitas Pereira	BO Bragança				SU Bragança				SU Bragança				UCIP Vila Real	
10723	Helder Jaime Fernandes	UCIC Vila Real				UCIP Vila Real				UCIP Vila Real				SU Bragança	
21802	Bruno Ricardo Cardoso Borges	BO Vila Real				UCIP Vila Real				SU Vila Real				UCIP Bragança	
23790	Tania Sofia Fernandes Baptista	UCIP Vila Real				SU Vila Real				SU Vila Real				UCIP Bragança	
10357	Henrique Jose de Oliveira Dias	UCIC Vila Real				UCIP Vila Real				UCIP Vila Real				SU Vila Real	
Inicia em Janeiro															

\* Inicia em Janeiro

Argente

A Diretora do Curso

A Coordenadora de Departamento

Adil Fernandes

Bragança, 27 julho de 2016



## **Anexo II – Reflexão sobre o desenvolvimento de Competências**





# **Reflexão sobre o desenvolvimento de Competências**

Luis Carlos Almeida Pires

Fevereiro de 2018

## **ABREVIATURAS**

**BO** – Bloco Operatório

**CMEMC** – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos  
Antimicrobianos

**SH** – Serviço de Hemodiálise

**SI** – Serviço de Imagiologia

**SO** – Sala de Observações

**SUMC** – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**ULSNE** – Unidade Local de Saúde do Nordeste

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Para Gonçalves (2004, p.16-17) “uma razão para pensar criticamente é tornar-se consciente e refletir sobre o nosso papel e identidade no mundo, em relação a coisas, acontecimentos e pessoas (...) o pensamento crítico ajuda a focar e aguçar a consciência”.

Falar de Enfermagem é, conforme descreve a Ordem dos Enfermeiros (2001), falar essencialmente de cuidar, cuidar de pessoas, aquelas que necessitam de ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, pessoas que vivem uma situação de alteração do binómio saúde/doença. Esta complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença torna necessária a aquisição de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos Enfermeiros.

Desde o início da profissão que a componente prática se constitui como parte integrante da formação do Enfermeiro generalista, sendo que, atualmente, se considera, também, como parte fundamental da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), aconselhando-se uma relação teórico prática que permita, num contexto de prestação de cuidados, a consolidação de saberes e o desenvolvimento de competências. Espera-se por isso que, atualmente, o Enfermeiro Especialista seja um profissional reflexivo, com conhecimentos profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto adequado (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Durante o estágio que realizei nos três diferentes serviços, tentei desenvolver o máximo de competências inerentes à prestação de cuidados de Enfermagem especializados. Assumi uma postura humilde e empreendedora, que me permitiu assimilar o máximo de conhecimento possível em cada contexto/situação. Cada serviço é um serviço, com funcionamento completamente distinto, com particularidades igualmente distintas e, sobretudo, com doentes a viver diferentes processos de saúde/doença. A prática de Enfermagem, ou melhor, a prática de Enfermagem especializada é, deste modo, adaptada, de tal forma que o resultado seja o mais produtivo possível, e que daí resulte benefício para o doente.

Passo, agora, a isolar cada um dos campos de estágio, focando a minha reflexão em cada um deles.

## **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Segundo a Direção Geral de Saúde (2003) podemos definir as Unidades de Cuidados Intensivos enquanto locais qualificados para a prestação de cuidados integrais aos doentes graves, com falências múltiplas de órgãos, adquirindo um carácter de suporte e de prevenção com o intuito de reverter as falências e complicações decorrentes sendo, assim, considerado um local de passagem para doentes críticos, ou seja, um momento transitório.

Para Aleixo (2007, p.3) a Unidade de Cuidados Intensivos é

um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutros serviços do Hospital, possuindo como principais objetivos:

- Proporcionar aos utentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento/Sala de Observações (SO) a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogênea aos que aí permanecem;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco;
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e o equipamento de custos mais elevados.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Vila Real funciona no rés-do-chão do edifício principal do referido hospital. Trata-se de uma unidade distintamente estruturada, construída num edifício relativamente recente e situada, estrategicamente, perto do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), Serviço de Imagiologia (SI) e Bloco Operatório (BO).

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que funciona, igualmente, com algumas camas de Cuidados Intermédios, no total, 8 camas de intensivos e 8 camas de intermédios, sendo o foco do meu estágio apenas as camas de intensivos. Serviço, sob o ponto de vista arquitetónico, no que à área clínica diz respeito, muito bem conseguido, a disposição do mesmo assume a forma de um U. Dispõe, ainda, de uma área de gabinetes, armazéns de equipamentos e material, sala de reuniões, zona de sujos, copa e área de lazer. O acesso à unidade é restrito a profissionais e as visitas dispõem de horário fixo e de número máximo de visitas por dia e por doente.

Falando das 8 camas de cuidados intensivos, referir que uma delas funciona como cama de isolamento, espaço físico fechado, com uma antecâmara para stock de material e fardamento dos profissionais, com sistema de pressão negativa/positiva em função do diagnóstico presente. Todas as 8 unidades estão equipadas para receber um doente crítico, dispondo, cada uma delas, de cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar comprimido e sistema de vácuo, contentores individualizados de lixos e mesa de trabalho para realização de registos e acondicionamento do processo clínico do doente.

No que aos recursos humanos diz respeito cumpre com as dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2014) aquando da classificação deste tipo de unidade como nível III. É assegurada a presença de pelo menos um Médico Intensivista 24 horas por dia, 7 dias por semana, o rácio Enfermeiro/doente sempre respeitado, sendo o mesmo um Enfermeiro por cada dois doentes, independentemente do turno em questão, o que perfaz um total de 4 Enfermeiros por turno. Importa destacar a presença, durante as manhãs de semana, de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação que exerce apenas funções inerentes à sua especialidade. Tal facto faz com que a presença do Fisioterapeuta na unidade aconteça, apenas, em momentos em que a Enfermeira de Reabilitação não consiga, por uma razão ou por outra, dar resposta a determinada circunstância.

Porque UCIP é isso mesmo, polivalente, os doentes internados, e com os quais tive oportunidade de contactar, foram doentes médicos e cirúrgicos, das mais diversas especialidades, desde a pneumonia até à cirurgia de otorrino, desde o doente vítima de trauma, até ao doente com choque séptico, enfim, não vale a pena alongar-me mais, isto apenas para salientar a grande diversidade populacional da UCIP de Vila Real.

Já data de algum tempo a minha paixão pelos Cuidados Intensivos, tempo em que era aluno do 4º ano do curso base, ano de 2010, e decidi realizar o meu estágio de integração na UCIP do Hospital de Bragança. Tenra idade, na altura 21 anos, curioso e cheio de sonhos, via naquele ambiente o sítio perfeito para exercer funções enquanto Enfermeiro. Durante o meu percurso profissional tentei manter-me próximo do doente crítico, até que, em Março de 2016 acabei por voltar ao referido serviço, desta vez enquanto profissional. Envolvido, já nessa altura, no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), surge a decisão em relação aos campos de estágio, tendo sido colocado na UCIP de Vila Real. Estando ainda numa fase de integração profissional, a oportunidade de conhecer outra realidade, de aperfeiçoar métodos e estratégias, de comparar procedimentos, de contactar com outros Mestres da Medicina Intensiva, era algo extraordinário. Tendo por base o que acabei de descrever, encarei este campo de estágio, com motivação máxima e com enorme vontade de aprender e desenvolver competências.

O primeiro objetivo que debuxei para este campo de estágio foi o de participar em projetos institucionais na área da qualidade, incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da mesma. O Diretor da UCIP de Vila Real, foi nosso professor durante o segundo semestre do 1º ano do Mestrado, pelo que tive oportunidade de constatar a sua preocupação no âmbito da qualidade, a sua vontade de fazer mais e melhor, a capacidade de trazer para o seu serviço aquilo que de mais moderno se faz na área do doente crítico. Demonstrava, sempre de forma muito entusiasmante, a participação da referida UCIP em projetos de melhoria da qualidade, traduzindo os resultados em gráficos, gráficos esses que, por sua vez, traduziam uma evolução muito positiva ao longo dos anos de existência da mesma.

O conceito de qualidade tem sofrido uma evolução ao longo do tempo, e a sua importância referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção Geral de Saúde (DGS) e Ordem dos Enfermeiros (OE). A nível nacional, segundo a alçada da DGS, o departamento para a qualidade na saúde identifica a necessidade da implementação de medidas que visem a qualidade dos cuidados de saúde, a sua monitorização, tendo como principal missão a promoção da melhoria contínua da qualidade.

Importa salientar que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, razão pela qual “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos Enfermeiros, nem o exercício profissional dos Enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.4).

A gestão da qualidade é um domínio de importância extrema nas competências do Enfermeiro Especialista. De acordo com a OE (2009), no documento denominado Modelo de Desenvolvimento Profissional, o Enfermeiro Especialista deve assumir uma postura de dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica, constituindo-se como parte integrante nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados, programas estes que visam a criação e manutenção de ambientes terapêuticos e seguros.

Durante a realização deste estágio, tive oportunidade de constatar isso mesmo, envolvimento em diversos projetos, procura, incessante, de novas aventuras, candidaturas a projetos europeus, apresentação de resultados a nível nacional, participação em jornadas. O ponto alto daquilo que acabo de descrever, talvez aquele que recordarei durante mais tempo, tenha sido a organização da “*Reunião Monotemática: Medicina Intensiva e Imagem*”, para a qual, destaco o convite que me foi endereçado.

Importa salientar um programa europeu, com origem na Suécia, de higienização oral para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva, que estaria na altura a decorrer há cerca de 3 meses, cuja duração seria de 6 meses, e tinha como finalidade diminuir a taxa de pneumonias associadas ao referido tipo de ventilação.

Mencionar a utilização, nesta unidade, do Processo de Enfermagem, que contribui, sem margem para dúvidas, para a melhoria da qualidade. A cada doente internado era realizada uma avaliação inicial, eram-lhe atribuídos diagnósticos de Enfermagem, planeadas as intervenções, essas intervenções eram implementadas, e na alta do doente era realizada uma avaliação final. Destaco as passagens de turno, realizadas com base no mesmo, talvez o momento em que mais facilmente se identifique a sua pertinência e importância. Era apresentado o doente com base na avaliação inicial, transmitido diagnóstico a diagnóstico, detalhadas as intervenções que haviam sido desenvolvidas e aquelas que eram consideradas pertinentes para a melhoria do estado de saúde do

doente. Esta prática de Enfermagem orientada, com base no processo de Enfermagem, traduz-se em melhoria nos cuidados prestados, tornando-os mais objetivos.

A utilização de escalas, foi outro dos pontos positivos que retiro deste campo de estágio. Refiro-me, concretamente a duas dessas escalas, a escala da dor e a escala de sedação. No caso da escala da dor, permite uma maior precisão na administração de analgesia ao doente. Recorre-se, em muitos casos, ao uso de opiáceos como terapêutica analgésica nestas unidades, contudo, todos os efeitos secundários inerentes a este tipo de medicação, sejam eles diminuição do estado de consciência, depressão respiratória, náuseas ou vômitos, podem ser prejudiciais no desenrolar normal do processo de recuperação. O facto de existir uma avaliação, que neste caso concreto era realizada uma vez por turno, permite à equipe de saúde uma adequação mais eficaz da analgesia, se possível, sem recorrer à terapêutica opioide. Já no que à escala de sedação diz respeito, a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), também com avaliação uma vez por turno, permite ajustar a dosagem de sedativo administrado. O objetivo não é ter doentes profundamente sedados, mas sim, o suficiente para a prevenção de acidentes sem interferir com o plano terapêutico. Estes são, apenas, dois exemplos, daquilo que o Enfermeiro Especialista pode fazer, trabalhando em conjunto com a equipe multidisciplinar, com vista a uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

Durante o estágio na UCIP, e à semelhança daquilo que faço diariamente durante o desempenho da minha atividade profissional, percebi que tudo tem que ser antecipado e preparado para a receção do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os profissionais sabem, exatamente, o que têm que fazer. Desde o contacto prévio para receção de um doente, à preparação da unidade, com a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente. Tive oportunidade de preparar a unidade para o doente, com a realização de todas as intervenções protocoladas acima descritas, colmatando na admissão propriamente dita do doente, a sua estabilização, e registos. O Enfermeiro Especialista é parte integrante na elaboração destes procedimentos bem como na sua aplicação.

O doente crítico, devido à sua instabilidade precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância rigorosa e apertada. Durante o estágio, percebi de que forma a existência de protocolos e de normas potenciam a uniformidade no cuidar, a distribuição de papéis, a



verificação de todo o material necessário para determinada situação, promovendo, assim, uma maior organização do serviço, dos cuidados, minimizando o erro, e contribuindo, deste modo para a qualidade.

Tomar consciência do meu desempenho enquanto pessoa e Enfermeiro, bem como, aprofundar conhecimentos no contexto de Cuidados Intensivos foi o segundo objetivo que tracei.

Consciente das dificuldades inerentes à prática de Enfermagem na área dos Cuidados Intensivos, encarei este campo de estágio como uma oportunidade de poder alargar horizontes, poder comparar realidades e aprender com quem tem uma vasta experiência nesta área, como é o caso da UCIP de Vila Real.

Embora tivesse a noção de que teria uma integração facilitada, uma vez que já exerço funções numa UCIP, tive sempre a humildade necessária para querer aprender mais, comparar práticas, realidades, abordagens diferentes perante a mesma situação. Dou como exemplo um caso concreto de um doente com choque séptico, com consequente falência renal aguda, submetido a diálise contínua. Aquilo que tive oportunidade de constatar é que na UCIP onde eu exerço funções esta técnica é mais agressiva, ou seja, os débitos de bomba, quer seja de solução pré-diálise, diálise ou reposição, são maiores. Foi algo que me causou estranheza, procurei saber o porquê daquele procedimento naquele contexto e acabei por obter uma explicação. Isto vem provar a necessidade de uma constante análise daquilo que fazemos, devidamente fundamentada no conhecimento científico. É errado pensar que somos detentores de todo o conhecimento, esta autoanálise é necessária e construtiva, melhorando a boa prática na prestação de cuidados de saúde.

Este campo de estágio, fez-me refletir, enquanto pessoa e Enfermeiro, desenvolver o autoconhecimento facilita na identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o doente e/ou equipa multidisciplinar, fez-me reconhecer os meus recursos e limites, pessoais e profissionais. Fez-me adquirir uma certa maturidade profissional.

Sousa (2010) num artigo publicado na OE, refere que a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência se constitui como um desafio importante para qualquer Enfermeiro e que só se torna possível quando presente a arte de saber cuidar, mas que,

no entanto, o exercício de cuidar um ser humano, nem sempre é algo fácil nem arbitrário, visto exigir a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais.

A mesma autora refere que competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduzindo a um só saber. Acrescenta que adquirir competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, que são o resultado da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica.

Segundo a OE (2006) o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é usado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. Considera a prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a agregação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), sem por de parte a experiência, a opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

Assim procurei desenvolver o meu estágio, tentando demonstrar conhecimentos e aplica-los na prestação de cuidados, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. Consciente da importância do conhecimento científico numa área tão especializada como é o caso dos Cuidados Intensivos, orientei a minha prática com base na investigação, uma prática sustentada pela evidência científica, tentei dar prova disso mesmo, quando confrontado com determinadas situações de maior complexidade. Senti-me à altura do desafio, consciente de que estava perante uma equipe multidisciplinar detentora de muito conhecimento, sustentada por uma prática baseada na investigação, que eles próprios executam.

A OE (2014) considera que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, acrescenta que a nossa prática de prescrição antibiótica apresenta distorções que podem ser corrigidas, refere-se à taxa de resistência a antimicrobianos como sendo algo preocupante. Todos estes problemas estão intimamente relacionados pelo que têm que ser abordados de forma global e integrada, surgindo, desta forma, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), publicado no *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, pelo Despacho n.º 2902/2013, de

22 de fevereiro. Daqui resulta a fusão o Programa Nacional de Controlo de Infecção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

Baseado no risco de infecção face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica, eis que surge o terceiro objetivo deste estágio: desenvolver a prática na prevenção e controlo da infecção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Para nós, profissionais de saúde, o PPCIRA é visto, em muitas ocasiões, como algo assustador. É simples perceber o porquê de assim ser, basicamente porque aumenta a nossa carga de trabalho. No entanto, o mesmo deve ser encarado como algo que traduz uma melhoria na prestação de cuidados ao doente.

Cuidar da pessoa em situação crítica exige cada vez mais tecnologia o que acarreta mais técnicas e procedimentos invasivos, importantes no sentido de manter o suporte vital do doente, mas que aumentam exponencialmente o risco de infecção. Exemplo disso é a ventilação invasiva, com consequente aspiração de secreções, a utilização de dispositivos intravasculares como os cateteres venosos centrais e os cateteres arteriais, cateteres de hemodiafiltração, entre outros.

Quando falamos de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, significa, segundo a DGS (2008, p.5), “infecções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados”.

É difícil cumprir com as normas básicas de prevenção e controlo da infecção, a minha máxima é que tudo corre bem nesse ponto quando temos “tempo”, quando estamos perante uma situação de maior complexidade, e toda a agitação inerente à mesma, o nosso foco passa a ser outro, facilmente nos distraímos e entramos em não conformidade. Equipamento de proteção individual, 5 momentos da higienização das mãos, precauções básicas de controlo da infecção, tudo isso são conceitos que eu conheço e que tento por em prática, no entanto reconheço algumas lacunas neste ponto, sinto que em determinados momentos ainda apresento falhas.

Refiro-me à situação concreta da prestação de cuidados de higiene e a um momento específico da higienização das mãos, desinfeção das mesmas após contacto, ou risco de contacto, com fluídos corporais. Embora tenha este conceito bem presente reconheço

que nem sempre procedo à desinfeção das mãos após contacto, ou risco de contacto, com fluídos corporais. Em relação a procedimentos assépticos, equipamento de proteção individual, precauções básicas do controlo de infeção, asseguro um bom desempenho da minha parte, para o qual contribuiu, de alguma forma, este estágio.

Acrescento, apenas, a importância de monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo implementadas, as ditas auditorias. Temos que ser possuidores da humildade suficiente para aceitar que um colega nos audite. Digo isto porque, por vezes, quando alguém hierarquicamente superior nos audita, aceitamos bem, não vemos nisso nenhum problema, porém quando se trata de um colega nosso a auditar, é de mais difícil aprovação por parte do auditado. Temos que acabar com este preconceito, o importante é caminhar no mesmo sentido, ou seja, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

### **Serviço de Hemodiálise**

Thomas (2005) refere-se aos rins como órgãos fundamentais para o ser humano obreiros de várias funções essenciais para o normal funcionamento do organismo. Excreção de substâncias tóxicas, manutenção do equilíbrio de eletrólitos e ácido-base, excreção de substâncias exógenas, equilíbrio osmolar e de volume de líquido corporal e produção hormonal, são as funções que o referido autor atribui ao rim.

De acordo com a European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (2007), a doença renal crónica surge quando se evidencia um dano renal durante um período superior a 3 meses.

A hemodiálise constitui a técnica de substituição da função renal mais frequente a nível mundial. Existem diferentes formas de tratamento de hemodiálise. Uma delas é a hemodiálise convencional que permite que o líquido seja removido por ultrafiltração, mas que pode não ser suficiente para proporcionar uma remoção significativa de produtos do metabolismo de convecção (Thomas, 2005).

Decorrente da hemodiálise, em 30% das sessões, pode ocorrer algum tipo de complicação. A mais descrita, envolve as alterações hemodinâmicas causadas pelo processo de circulação extracorporeal e a remoção de um grande volume de líquidos num

espaço de tempo muito curto, a alteração mais relatada é a hipotensão. (Terra, Maria, Dias, Figueiredo & Morais, 2010).

O Serviço de Hemodiálise (SH) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), localiza-se na Unidade Hospitalar de Bragança, no 1º piso do edifício destinado, igualmente, aos serviços de Medicina. É composto por 4 salas: sala A, com 8 unidades de diálise; sala B, com 4 unidades de diálise; sala C, com 2 unidades de diálise, usadas, apenas, em situações excecionais; sala AU, 1 unidade de diálise, destinada a doentes com patologia infetocontagiosa. Cada uma das salas com o material imprescindível para a realização da técnica, equipadas com rampas de oxigénio e ar comprimido. Uma zona comum de armazenamento de material e medicação, sala de espera dos doentes, gabinetes e copa.

Presença obrigatória de um Médico durante as seções de diálise, referir que apenas existia uma Médica com especialidade de Nefrologia, na sua ausência, a responsabilidade passava para a alçada da Medicina Interna. Presença de 3 ou 4 Enfermeiros por turno, de segunda a sábado, com horário laboral das 08 horas às 00 horas, total de 16 horas divididas em 3 grupos de doentes. Doentes, salvo raríssimas exceções, com programas regulares de diálise segunda/quarta/sexta ou terça/quinta/sábado, as exceções são aqueles doentes que fazem diálise apenas 2 vezes por semana.

A capacidade máxima do serviço é de 72 doentes em programa regular de diálise, no entanto, durante o ano de 2016, foram 90 os doentes tratados. Esta diferença de 18 doentes entre a capacidade máxima e os doentes tratados durante o referido período, deve-se ao falecimento de um doente em programa regular que deu o lugar a um novo doente, e ao tratamento, pontual, de 17 doentes, todos eles tratados noutra instituição, mas que, durante o ano de 2016 foram internados num serviço hospitalar, e que durante esse período realizaram hemodiálise neste serviço.

O estágio no SH resulta da minha escolha, de entre as hipóteses existentes, para a realização do estágio opcional. Enveredei pela hemodiálise resultado de uma autoanálise que me deu conta das minhas lacunas nesta área. Nunca havia contactado, nem de passagem, com um serviço de hemodiálise e, mais importante que isso, era sentir imensa dificuldade e receio, sempre que se decidia realizar uma sessão de diálise descontínua no meu local de trabalho diário. Sentia-me desconfortável, não sabia

montar a máquina, não sabia programar parâmetros, tinha que, inevitavelmente, recorrer à ajuda de terceiros. Pois bem, era a oportunidade certa de juntar o útil ao agradável, ao mesmo tempo que tinha a possibilidade de desenvolver competências enquanto Enfermeiro Especialista, permitia-me colmatar uma enorme lacuna na minha prática diária.

O primeiro objetivo a que me propus neste campo de estágio, foi o de basear a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Sendo para mim uma área desconhecida, nada melhor que partir em busca desse mesmo conhecimento, conhecimento baseado na evidência científica, na investigação. Entre outros documentos consultados, refiro-me ao *Guia orientador de boa prática: Cuidados a pessoa com doença renal crónica em Hemodiálise*, publicado pela OE em Agosto de 2016.

Inicialmente incidi a minha aprendizagem na máquina, aprender a montar e desmontar, ligar e desligar o doente, bem como, programação de parâmetros. Uma vez à vontade com a parte mais técnica, procurei saber acerca da fisiopatologia, dos princípios de transporte, da importância da vigilância analítica, dos ajustes terapêuticos, dos ensinamentos. Os ensinamentos ao doente/família assumem importância extrema num doente com insuficiência renal crónica.

O Enfermeiro que baseia a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, é aquele que assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, alicerçados na evidência científica.

A importância da manutenção de um ambiente seguro foi outro dos objetivos, que surge baseado na consciência de que um doente hemodialisado é um doente complicado sob o ponto de vista da confiança que ele pode, ou não, depositar nos profissionais de saúde, e, neste caso concreto, em mim enquanto aluno.

Tentei, ao máximo, transmitir responsabilidade e saber necessários para obter a confiança dos doentes. Todos eles têm os seus vícios, tudo tem que ser feito ao seu jeito, o mínimo detalhe é importante para estes doentes, pelo que orientei a minha prática procurando satisfazer as suas necessidades e proporcionando-lhe conforto.

Sendo um período de tempo curto, torna-se difícil conquistar a confiança dos mesmos. Procurei passar a mensagem de que, embora nunca tivesse trabalhado num SH, já havia contactado com doentes agudos, ou seja, que desenvolvem uma insuficiência renal aguda, e que necessitam, pontualmente, de uma sessão de hemodiálise, dei-lhes exemplos disso mesmo, provei-lhes que possuía o conhecimento necessário para os poder cuidar.

Os ensinamentos são imprescindíveis na manutenção do ambiente seguro, na medida em que provam ao doente que podemos ser uma mais-valia no seu processo de saúde/doença. Tendo em conta que a doença renal crónica é progressiva, é relevante orientar o nosso ensino para os fatores que têm maior incidência na sua evolução. Baseando nas indicações da European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (2007), foquei o ensino em aspetos como: importância de manter um perfil tensional baixo, diminuir a ingestão de lípidos, bem como de sal, realizar exercício físico com regularidade, tanto quanto possível diminuir o peso, rigoroso controlo da glicose em doentes diabéticos, deixar de fumar e evitar medicamentos nefrotóxicos.

Cabe ao Enfermeiro Especialista considerar a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, devendo, o mesmo, atuar proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias às pessoas em situação de doença crítica, o Enfermeiro Especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Uma das unidades de competência que resulta daquilo que acabei de descrever diz respeito à capacidade de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, base pela qual formulei o meu terceiro objetivo para este campo de estágio.

A complexidade de protocolos terapêuticos está bem presente num SH. Cada doente, de uma forma bem individualizada, possui o seu esquema de diálise, prescrito pelo médico, sem que exista grande margem para o erro. A definição do peso seco de determinado doente, o teto máximo de líquido que é possível retirar em cada sessão de diálise, o calibre da agulha com que se deve picar, qual o filtro a usar, se devemos ou não executar a sessão de diálise com heparina, e se sim qual a dosagem do bolus e qual o

débito da perfusão, qual a concentração de sódio e bicarbonato, qual a temperatura do dialisante... isto demonstra a complexidade que envolve todo este protocolo de hemodiálise.

Tentei desenvolver explicações para eventuais ajustes em todo o protocolo, só assim seria possível diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação do mesmo, capacitando-me com respostas de Enfermagem apropriadas às complicações, por forma a poder monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados.

Segundo a OE (2016a), os incidentes mais frequentes, no entanto, menos graves e de fácil e rápida resolução, são as náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, câibras, hematomas e pequenas perdas sanguíneas. Por outro lado, existem incidentes que, embora pouco frequentes, apresentam maior gravidade, são eles a hipotensão arterial severa, disritmias, pré-cordialgia, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e ainda reações anafiláticas.

Isolo aquela que foi a complicação mais frequente durante o meu estágio, a hipotensão arterial, por vezes severa, para reforçar a ideia da necessidade de conhecer os protocolos de forma a poder utilizá-los quando algo inesperado ocorre. O mecanismo que está por trás desta hipotensão tem a ver com uma enorme perda volémica durante um curto espaço de tempo. Segundo o protocolo instituído naquele serviço, nenhum doente retirava um volume superior a 4 litros durante o período de tempo definido para todos os doentes, que é de 4 horas. A definição do volume a retirar tem a ver com o “peso seco” de cada doente, peso esse estabelecido pelo Nefrologista, que no fundo traduz o volume de líquido intravascular ideal para determinado doente. A diferença entre o peso com que cada doente chega no início de cada sessão de diálise e o seu peso seco determina a quantidade de volume que se retira em cada sessão. Sabendo que estamos, essencialmente, a retirar líquido do espaço intravascular, as alterações hemodinâmicas são inevitáveis, entra as quais, e a mais comum, a hipotensão. Quando isto aconteceu, agi de forma devidamente fundamentada, colocando o doente em posição horizontal, diminuindo o volume de ultrafiltrado, e, em diversas ocasiões, administrando um bolus de sódio.

Este estágio permitiu-me aplicar conhecimentos que possuía da minha atividade profissional, nomeadamente no que à diálise de doentes agudos diz respeito, e retirar



daqui conhecimentos que poderei aplicar no meu dia-a-dia profissional. Destaco a diferença que existe na diálise destes doentes e na diálise efetuada a um doente com insuficiência renal aguda em ambiente de Cuidados Intensivos, e pude constatar isso mesmo, diferença essa que reside sobretudo na duração da sessão, uma sessão mais prolongada no tempo diminui os incidentes decorrentes da hemodiálise, nomeadamente os incidentes cardiovasculares.

### **Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

“Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital.” Pignatelli (2001, p.9)

Segundo o despacho nº 10319/2014, publicado no Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014, o SUMC é visto como o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo funcionar em rede, proporcionando apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básicos e referenciando para Serviços de Urgência Polivalente aquelas situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. O mesmo despacho esclarece que o SUMC deve dispor dos seguintes recursos:

- Recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência;
- Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, BO (em permanência), SI (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada), Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos);
- O apoio das especialidades de Cardiologia (incluindo as capacidades de cardiologia de intervenção), Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia,

Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e de Serviços ou Unidades de Medicina Intensiva deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referênciação;

- Possuir uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática;

- Os serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos devem prestar apoio na atividade à receção do doente emergente e/ou crítico, através da presença ou rápido acesso a médico com treino em medicina intensiva;

- Integrar uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SUMC, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014, p.20673).

O SUMC da ULSNE, localiza-se no rés-do-chão do edifício principal da Unidade Hospitalar de Bragança. A estrutura física inclui área de admissão, sala de triagem, salas de espera, área de atendimento pediátrico, SO pediátrico, gabinetes de avaliação médica, área de emergência/doentes críticos com condições para suporte avançado de vida (sala laranja e sala de emergência), área para tratamento de doentes adultos e gabinete de registos de Enfermagem, área de macas, área de orto traumatologia, área de pequena cirurgia e SO com 8 camas com monitorização contínua, usadas, em muitas ocasiões, com doentes de cuidados intermédios. Sob o ponto de vista da sua localização, salientar a proximidade com o SI e Patologia Clínica, bem como com a UCIP. Relativa proximidade com o BO, embora se localizem em pisos distintos.

A equipe de Enfermagem distribui-se por três turnos de 8 horas, 6 enfermeiros no turno da manhã, 6 no turno da tarde, e 5 no turno da noite. Por sua vez, a equipe médica é constituída por 3 Médicos de clínica geral durante o dia e 2 durante a noite, 2 especialistas de medicina interna, 2 ortopedistas, 2 especialistas de cirurgia geral, 2 anesthesiologistas, 2 obstetras, 1 psiquiatra e 1 pediatra, todos eles em presença física. As

restantes especialidades médicas não dispõem de clínico em presença física, contudo, existe apoio, quer seja por parte de profissionais da própria unidade hospitalar, quer seja por protocolos estabelecidos com outros hospitais.

De referir as três vias verdes que existem em funcionamento, sendo elas: Via Verde de Sépsis, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral e Via Verde de Trauma. Cada uma delas obedecendo a critérios próprios de ativação.

Terminar por destacar a VMER, em gestão integrada com o Instituto Nacional de Emergência Médica, de que o SUMC dispõe e cuja equipa, constituída por um Médico e um Enfermeiro, participa na prestação de cuidados ao doente emergente/crítico que se encontre no SUMC.

O SUMC referido, recebeu, durante o ano de 2016, 45217 doentes, aproximadamente 130 doentes por dia. Destes, 73% considerados doentes emergentes / muito urgentes / urgentes, e 27% doentes pouco urgentes / não urgentes / outros casos.

Tido como estágio obrigatório para aquisição de competências relativas a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em situação crítica, a escolha dos objetivos foi muito voltada, precisamente, para a pessoa em situação crítica.

Pretende-se com o primeiro objetivo demonstrar comportamento ético, suportando a prática em princípios, valores e normas deontológicas.

O SUMC é a porta aberta do hospital, aí recorre todo o tipo de doente: diferentes idades, diferentes patologias, diferente gravidade, diferentes culturas, diferentes raças, diferentes religiões... doentes inconscientes, doentes vítimas de violência, menores não acompanhados pelo seu representante, idosos com demência...

Tendo como base os princípios da ética médica (Beauchamp e Childress, 1979):

- Princípio da autonomia – deve ser sempre o doente a escolher, de forma livre e autónoma, o mesmo é livre de escolher o tratamento que deseja;
- Princípio da beneficência – obrigação moral de agir para beneficiar os demais;
- Princípio da não maleficência – tido como a obrigação de não causar dano intencionalmente;
- Princípio da justiça – dar a cada um aquilo a que tem direito.

O doente tem direito à privacidade, confidencialidade, e os profissionais de saúde o dever de garantir o sigilo profissional. Durante este estágio orientei a minha prática demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando este saber na tomada de decisão ética ou deontológica. As estratégias de resolução de um problema devem sempre, ser desenvolvidas em parceria com o doente, e sempre que se faz um juízo, este deve ser baseado no conhecimento e na experiência.

A tomada de decisão deve ser feita em equipa, sendo esta, resultado de um leque de opções que têm que ser ouvidas, analisadas e respeitadas. É errado pensar que somos os senhores do conhecimento, a postura a adotar deve ser recetiva á crítica e a diferentes visões, tendo como guia de orientação o Código Deontológico.

O segundo objetivo foi o compromisso de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica. Um objetivo focado na pessoa em situação crítica. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, é outra das unidades de competência inerentes à especialidade em questão, contudo, não foi um objetivo que eu tivesse traçado, pela incerteza de poder vivenciar uma situação dessas.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica “são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.3).

O mesmo organismo refere que o cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/doença deve ser o foco de intervenção do Enfermeiro. Contudo, à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tem que ser prestada uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, de forma a maximizar os resultados e a recuperação total da mesma. O Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica é possuidor de competências específicas para lidar com situações emergentes, considerando todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, incluindo a própria pessoa e a família, família essa a vivenciar alterações no seu quotidiano e também da sua própria saúde.

No desenrolar deste estágio tive oportunidade de contactar com situações de doença crítica e falência orgânica. Em todas elas, senti-me com capacidade de dar resposta apropriada à situação. Reconheço que foi um estágio que pecou pela ativação das três diferentes vias verdes. Durante o mesmo, tive apenas oportunidade de contactar com a Via Verde de Acidente Vascular Cerebral. Um doente com afasia e hemiparesia, com duas horas de evolução, portanto, dentro do tempo do protocolo de administração do fibrinolítico, mas com sintomatologia que acabou por regredir espontaneamente, e com resultados imagiológicos normais, tratando-se portanto de um Acidente Isquémico Transitório.

Outra situação emergente, aconteceu na sala de emergência, espaço físico onde sempre me senti muito à vontade, devido à proximidade estrutural, bem como à proximidade de procedimentos, com o serviço onde exerço funções. Tratando-se de um doente epilético, com uma crise generalizada, com imensa dificuldade em ceder a terapêutica administrada. Pelo que se optou pela administração de Midazolam, implicando uma depressão severa do estado de consciência, necessitando, desta forma de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Colocados acessos vasculares ainda na sala de emergência, e transferido o doente para a UCIP. Realço a complexidade que existe no transporte deste doente para a UCIP, por tudo aquilo que acarreta, desde monitorização do doente, ventilação e proteção da via aérea artificial, seringas perfusoras e acessos vasculares. Foi um momento em que me senti muito capaz, beneficiando da minha experiência no transporte de doentes, em tudo semelhantes, ao SI.

Destaco ainda outra situação pontual de um doente submetido a ventilação mecânica não invasiva, em falência ventilatória, completamente desadaptado do modo ventilatório, com péssimas trocas gasimétricas, com importante acidose respiratória. Tive oportunidade de colocar em prática o conhecimento adquirido bem como a experiência, adaptando, desde logo, o doente à máscara, e discutindo com a equipe multidisciplinar aquilo que eu pensava ser a melhor estratégia para o doente. Depois de alterados os parâmetros, de instalado o doente convenientemente, os resultados foram uma melhoria significativa no resultado da gasimetria.

São apenas alguns exemplos daquilo que tive oportunidade de vivenciar durante o meu estágio, que são o dia-a-dia de um SUMC, e que traduzem a diferenciação dos cuidados prestados ao doente crítico ou em falência orgânica naquele serviço.

Como último objetivo para este campo de estágio surge a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A dor é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011a, p.50) como “percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga de contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2016b) conclui que na abordagem à dor o Enfermeiro considera dois tipos de intervenções: as intervenções interdependentes, exemplo disso são as prescrições farmacológicas, cuja responsabilidade pela prescrição é do médico, sendo o Enfermeiro o responsável pela sua execução e monitorização dos seus efeitos. Por outro lado, intervenções autónomas onde está incluída a avaliação, o controlo e o ensino.

O mesmo parecer faz referência à competência específica do EEEMC que serviu de base à elaboração deste objetivo, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, acrescentando que deve, o Enfermeiro Especialista, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas no alívio da mesma.

Um SUMC é, normalmente, um serviço onde a dor está presente em grande percentagem dos doentes que aí recorrem, pelo que foram diversas as oportunidades para expandir este objetivo. Tal como referi anteriormente, importa enfatizar aquilo que levei a cabo, de forma autónoma, avaliando a intensidade da mesma, tentando proceder ao seu controlo e fazendo os ensinamentos necessários no sentido de obter algum alívio dessa mesma dor. Quando necessário recorri às prescrições farmacológicas, vigiando o efeito provocado pelas mesmas. Existem fármacos, administrados vulgarmente durante o estágio, como é o caso do Tramadol, que embora diminuam a intensidade da dor,

provocam efeitos secundários que importa vigiar, exemplo disso são as náuseas e vômitos.

O Enfermeiro Especialista é aquele que identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, que demonstra conhecimentos sobre o bem-estar, quer seja físico, psicossocial ou espiritual, que garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e que demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para alívio da mesma. Foi com base no que acabo de descrever que orientei a minha atuação.

Termino por realçar a importância dos registos em Enfermagem. A maior parte dos analgésicos encontram-se prescritos em SOS, pelos que os horários de administração são da inteira responsabilidade do Enfermeiro. Se não existirem registos relativos à administração de determinado fármaco, os profissionais do turno a seguir não saberão a que horas poderão administrar aquele fármaco de novo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, F. (2007). *Unidade de cuidados intensivos: Manual de enfermagem*. Portimão - Lagos: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto. Diário da Republica, II Serie. Nº 35. Assembleia da Republica. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.

Direção Geral de Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association. (2007). Doença renal crónica (estádios 1-3). *Guia para a Prática Clínica*, 16-51.

Gonçalves, O. (2004). *Reflexões sobre uma prática docente situada: buscando novas perspectivas para a formação de professores*. Campinas: Cartografias do Trabalho Docente.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem – Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelos de desenvolvimento profissional – Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Guia orientador de boa prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016b). *Parecer N°4/2016 - Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na unidade de dor crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pignatelli, C. (2001). *A rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Regulamento n° 533/2014 de 2 de dezembro. Diário da República, II Série. N° 233. Assembleia da República. Lisboa.

Sousa, D. (2010). *Competências e saberes em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Terra, S., Maria, A., Dias, D., Figueiredo, D. & Morais, D. (2010). As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crónicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, 187-192.

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. (2ª edição). Loures: Lusociência.



**Anexo III – Instrumento de recolha de dados para  
diagnóstico de *delirium***



## REGISTO OBSERVACIONAL

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de doentes internados: \_\_\_\_

N.º de doentes sedados: \_\_\_\_

Tipo de sedação (nas últimas 24h):

N.º de doentes com Propofol: \_\_\_\_

N.º de doentes com Midazolan: \_\_\_\_

N.º de doentes com ambos: \_\_\_\_

## ESCALA ICDSC

### 1. Alteração do nível de consciência

(A) sem resposta ou (B) necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta, significa uma alteração grave no nível de consciência impedindo a avaliação. Se houver coma (A) ou estupor (B) a maior parte do período de tempo, então um traço (-) é introduzido e não há qualquer avaliação adicional durante esse período.

(C) sonolência ou exigência de leve a moderada estimulação para uma resposta, implica uma alteração do nível de consciência e pontua 1.

(D) vigília ou a dormir, mas facilmente despertável é considerado normal e pontua 0.

(E) hipervigilância é classificada como um nível de consciência anormal e pontua 1.

### 2. Desatenção

dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções; facilmente distraído por estímulos externos; dificuldade em mudar o foco. Qualquer destes estados pontua 1.

### 3. Desorientação

qualquer erro evidente no tempo, lugar ou pessoa. Pontua 1.

### 4. Alucinação, ilusão ou psicose

inequívoca manifestação clínica de alucinação ou de comportamento provavelmente devido a alucinação (por exemplo, tentar pegar um objecto inexistente) ou ilusão. Qualquer um destes pontua 1.

### 5. Agitação ou lentificação psicomotora

hiperactividade exigindo o uso adicional de sedativos ou contenção física a fim de controlar o perigo potencial para o próprio ou para os outros (por exemplo, retirando acessos venosos, agressão aos profissionais); hipoactividade ou lentificação psicomotora clinicamente perceptível. Qualquer um destes pontua 1.

### 6. Discurso ou humor inadequados

discurso inapropriado, desorganizado ou incoerente; emoções demonstradas desadequadas relativamente ao evento ou situação. Qualquer um destes pontua 1.

### 7. Alteração do ciclo sono/vigília

dormir menos de 4h ou acordar com frequência durante a noite (não considerar despertar iniciado pelos profissionais ou ambiente barulhento); dormir durante a maior parte do dia. Qualquer destes pontua 1.

### 8. Flutuação dos sintomas

flutuação nas manifestações de qualquer item ou sintoma durante 24 horas (por exemplo, de um turno para outro). Pontua 1.

0: normal; 1-3: *delirium* subsindromático; >4: *delirium*.

ICDSC \ Doente	1	2	3	4	5	6	7	8
Alteração do nível de consciência								
Desatenção								
Desorientação								
Alucinação, ilusão ou psicose								
Agitação ou lentificação psicomotora								
Discurso ou humor inadequados								
Alteração do ciclo sono/vigília								
Flutuação dos sintomas								
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>								

N.º de doentes a quem foi impossível aplicar a ICDSC (1. (A) e (B)): \_\_\_\_\_

N.º de doentes sem *delirium*: \_\_\_\_\_ (0)

N.º de doentes que apresentam *delirium* subsindromático: \_\_\_\_\_ (1-3)

N.º de doentes que apresentam *delirium*: \_\_\_\_\_ (>4)

**Anexo IV – Instrumento de recolha de dados para averiguar  
fatores precipitantes de *delirium***





## FATORES PRECIPITANTES DE *DELIRIUM*

### I – VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1- Idade: \_\_\_\_\_ anos

2- Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino.

3- Profissão: \_\_\_\_\_

4- Estado civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ Divorciado(a)

☐ União de facto

☐ Viúvo (a).

5- Residência:

☐ Meio urbano

☐ Meio rural.

6- Habilitações Literárias:

☐ Analfabeto

☐ Ensino básico

☐ Ensino secundário

☐ Ensino superior.

7- Situação laboral:

☐ Empregado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Doméstico(a)

☐ Reformado(a)

## II – VARIÁVEIS CLÍNICAS

1 - Proveniência do doente:

- ☐ Serviço de Urgência
- ☐ Internamento.

2 - Dias de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos:

- ☐ 1 a 10 dias
- ☐ 11 a 20 dias
- ☐ 21 a 30 dias
- ☐ > 31 dias.

3 - Periodicidade da visita de familiares:

- ☐ Todos os dias
- ☐ De 2 em 2 dias
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Menos que uma vez por semana.

4 - Antecedentes de:

- ☐ Consumo de álcool
- ☐ Consumo de drogas.

5 - Escala da dor (Faces)



Fonte: [https://www.google.pt/search?q=ESCALA+DA+DOR&biw=1366&bih=691&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwihjvySjcLSAhUD6xQKHdqJCclQ\\_AUIBigB&dpr=1#imgsrc=2-M8wAB839o5hM](https://www.google.pt/search?q=ESCALA+DA+DOR&biw=1366&bih=691&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwihjvySjcLSAhUD6xQKHdqJCclQ_AUIBigB&dpr=1#imgsrc=2-M8wAB839o5hM)

6 - Tipo de ventilação, predominante, nas últimas 24 horas:

- ☐ Ventilação espontânea
- ☐ Ventilação mecânica não invasiva
- ☐ Ventilação mecânica invasiva.

7 - Sedação nas últimas 24 horas?

- ☐ Sim
- ☐ Não.

8 - Se sim, qual o sedativo e dose administrada?

Propofol: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Midazolan: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

9 - RASS do doente: \_\_\_\_\_

Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais freqüentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por $\geq$ 10seg
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por $<$ 10seg
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Fonte: [https://www.google.pt/search?q=escala+de+rass&espv=2&biw=1366&bih=662&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiQ866G58TSAhUEthQKHStmCc4Q\\_AUIBi gB&dpr=1#imgsrc=ERIOSX3tA-8gUM](https://www.google.pt/search?q=escala+de+rass&espv=2&biw=1366&bih=662&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiQ866G58TSAhUEthQKHStmCc4Q_AUIBi gB&dpr=1#imgsrc=ERIOSX3tA-8gUM):

10 - Método mnemônico THINK, para o diagnóstico da etiologia do *delirium*:

Sigla	Descrição	Assinalar
<b>T</b>	Situações tóxicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiência cardíaca congestiva, choque, desidratação, medicamentos delirantes, novo episódio de falência orgânica (p. ex. lesão renal aguda)</li> </ul>	
<b>H</b>	Hipoxemia	
<b>I</b>	Infeção/sepsis, imobilização	
<b>N</b>	Intervenções não farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aparelhos auditivos, óculos, reorientação, ciclo do sono, música, controle do ruído, readaptação precoce</li> </ul>	
<b>K</b>	Problemas ao nível do K (potássio) ou dos eletrólitos	

Fonte: Adaptado de Goddard et al. (2011).

**Anexo V – Pedido de autorização para aplicação do  
instrumento de recolha de dados**



Comissão de Ética  
Para parecer favorável.

Carlo G. Vaz  
Presidente

28.3.2017

28.03.2017

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS Nordeste de Bragança  
Carlos Alberto Vaz  
Presidente do Conselho de Administração

Luis Carlos Almeida Pires, na qualidade de aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado pela Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança, cujo tema da dissertação se prende com o "Delírio no Doente Crítico, fatores precipitantes", dirige-se a V.ª Ex.ª com o propósito de solicitar permissão para proceder à realização de um estudo dirigido aos doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Bragança, da ULS Nordeste, com os seguintes objetivos:

- Detalhar a casuística de doentes internados sedados no SMI;
- Avaliar a prevalência de delírio nos doentes internados no SMI;
- Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de delírio nos doentes internados no SMI;
- Propor um plano de ação com o intuito de diminuir casos de delírio em doentes críticos.

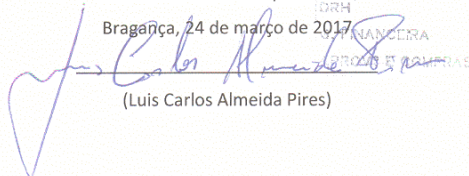
Será realizado um estudo observacional, analítico, de cariz quantitativo e anónimo, não existindo qualquer tipo de identificação ou de ligação entre o respondente e os dados recolhidos, salvaguardando as questões éticas e deontológicas inerentes à profissão de Enfermagem.

Agradecendo, desde já, toda a atenção que puder ser dispensada à solicitação, colocando-se os resultados e conclusões constantes do trabalho de investigação, que se propõe realizar, à disposição da instituição.

CHNE.EPE		Ent. Nº	00247
U.H. BRAGANÇA		Data	27/3/2017
PRESIDENTE CA	<input checked="" type="checkbox"/>	SIE	<input type="checkbox"/>
VE	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/>
DC / ED	<input type="checkbox"/>	GESTÃO UTENTE	<input type="checkbox"/>
CPC	<input type="checkbox"/>	G. QUALIDADE	<input type="checkbox"/>
DRH	<input type="checkbox"/>	G. FORMAÇÃO	<input type="checkbox"/>
FINANCEIRA	<input type="checkbox"/>	G. JURÍDICO	<input type="checkbox"/>
PROG. E AVALIAÇÃO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Com os melhores cumprimentos,

Bragança, 24 de março de 2017

  
(Luis Carlos Almeida Pires)



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Reunião CA 1.06.2017  
Deliberada enviar ao Sr. Diretor do  
S. C. Intensivo, para parecer parecer  
nos termos de instrução de Comissão  
de Ética.

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

17 04-28 14:14 005869

Exmo. Sr.  
Dr. Carlos Vaz  
Presidente do Conselho de Administração  
da ULSNE, E.P.E.  
Praça Cavaleiro Ferreira  
5301 - 862 Bragança

Caridade partilhada  
estudo e análise  
a 3 de maio  
pela Comissão  
de Ética  
2017/07/24

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA  
Nº:  
PROC. Nº:

DATA

ASSUNTO: Projeto: Delírio no doente Crítico, Fatores precipitantes

Exmo. Senhor,

Após reunião de 12 de Abril de 2017, vem esta CE, enviar a V. Ex.ª o parecer emitido do Projeto, supra  
citado.

Com os melhores cumprimentos,

Reunião CA 18.07.2017  
Aprovado nos termos propostos  
pela Comissão de Ética.

Presidente da Comissão de Ética

Presidente da Comissão Ética  
da ULSNE

Dr.ª Joaquina Batazaz

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

93 4385471



## PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Projeto: *"Delírio no doente Crítico, fatores precipitantes"*

Em reunião de 12 de Abril de 2017 a CE deliberou:

- 1- Solicitar parecer ao Sr. Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, sobre a pertinência do estudo.
- 2- Salvar o consentimento do doente que estando sedado, tem que ser dado pelo familiar direto e não pelo Diretor de Serviço.
- 3- A colheita e obtenção dos dados são da exclusiva responsabilidade do Diretor de Serviço ou de quem (médico) este designar.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes em reunião de 12 de Abril de 2017:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria Jesus Machado, Dra. Liseta Gonçalves, Dra. Luísa Cristóvão, Dra. Manuela Fernandes, Dra. Maria da Luz Guerra e Dr. Marcelino Silva

Augusta Mata  
Carlos Magalhães

## Declaração

**Maria Augusta Pereira da Mata e Carlos Pires Magalhães** declaram para os efeitos tidos como convenientes, que são orientadores de **Luís Carlos Almeida Pires**, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pretende no âmbito do seu Trabalho de Projeto, estudar a temática que versa sobre a *"Delírio no Doente Crítico, fatores precipitantes"*.

A investigação assume os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos contemplados na Declaração de Helsínquia.

Escola Superior de Saúde de Bragança, 21 de Março de 2017



Maria Augusta Pereira da Mata  
Carlos Pires Magalhães

## **Anexo VI – Submissão e artigo de investigação**



## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

### *DELIRIUM* NO DOENTE CRÍTICO: FATORES PRECIPITANTES

### DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS: PRECIPITANT FACTORS

### DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO: FACTORES PRECIPITANTES

#### RESUMO

Enquadramento: O *delirium* é uma patologia frequente em doentes críticos que, apesar de estar associado a um aumento da morbilidade e mortalidade, permanece pouco reconhecido pela equipe multidisciplinar.

Objetivo: Identificar fatores precipitantes de *delirium* no doente crítico.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e analítico, junto de 178 doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, resultado de 32 momentos de avaliação, dos quais, após aplicação da escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), foi diagnosticado *delirium* a 50 doentes.

Resultados: Os fatores precipitantes mais prevalentes são: proveniência do Serviço de Urgência, internamento inferior a 10 dias, visitas diárias, consumo de álcool, dor, ventilação mecânica e não administração de sedação. O *delirium* hiperativo é o mais representado na amostra, aparecendo relacionado com fatores como idade <65 anos, uso de ventilação mecânica, presença de dor ou situações de hipoxemia.

Conclusão: Os resultados evidenciam a necessidade de atuar sobre os fatores precipitantes que podem ser modificados, bem como, sensibilizar os profissionais de saúde para a monitorização do *delirium*, tendo em mente o diagnóstico precoce desta intercorrência.

Palavras-chave: *delirium*; fatores de risco; cuidados intensivos

#### ABSTRACT

Background: Delirium is a common manifestation in critically ill patients that despite being associated with an increase in morbidity and mortality, remains little acknowledged by the multidisciplinary team.

Objectives: Identify the precipitating factors of delirium in critically ill patients.

Methods: Observational, descriptive and analytical study, 178 ICU patients were screened in 32 different evaluation moments. After the application of the *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) delirium was diagnosed in 50 patients.

Results: The most prevalent precipitating factors are: provenance of the Emergency Department, hospitalization less than 10 days, daily visits, alcohol consumption, pain, mechanical ventilation and non-administration of sedation. Hyperactive delirium is the

most represented in the sample appearing to be associated with factors like age, use of mechanical ventilation, presence of pain and hypoxia.

Conclusion: The results evidenced the need to act on the precipitating factors that can be modified, as well as to sensitize the health professionals for the delirium monitoring, keeping in mind the early diagnosis of this intercurrentence.

Keywords: delirium; risk factors; critical care

## RESUMEN

Marco contextual: El delirio es una patología frecuente en pacientes críticos que, a pesar de estar asociado a un aumento de la morbilidad y mortalidad, sigue siendo poco reconocido por el equipo multidisciplinario.

Objetivo: Identificar factores precipitantes de delirio en el paciente crítico.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y analítico, junto a 178 pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos, resultado de 32 momentos de evaluación, de los cuales, tras la aplicación de la escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), se diagnosticó delirio a 50 pacientes.

Resultados: Los factores precipitantes más prevalentes son: proveniencia del Servicio de Urgencia, internamiento inferior a 10 días, visitas diarias, consumo de alcohol, dolor, ventilación mecánica y no administración de sedación. El delirio hiperactivo es el más representado en la muestra, apareciendo relacionado con factores como edad <65 años, uso de ventilación mecánica, presencia de dolor o situaciones de hipoxemia.

Conclusión: Los resultados evidencian la necesidad de actuar sobre los factores precipitantes que pueden ser modificados, así como, sensibilizar a los profesionales de salud para la monitorización del delirio, teniendo en mente el diagnóstico precoz de esta intercurrentencia.

Palabras clave: delirio; factores de riesgo; cuidados críticos

## Introdução

Toda a evolução científica, médica e tecnológica que tem acontecido, de forma célere, nas últimas décadas, permitiu que as condições de saúde das populações melhorassem e, como consequência, aumentassem os níveis de qualidade de vida.

No entanto, a saúde mental, só muito recentemente tem vindo a ser alvo de investigações e interesse científico, particularmente na área da prestação de Cuidados de Enfermagem. Um dos desafios com que os Enfermeiros, a desempenhar funções em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se deparam hoje em dia, prende-se com o proporcionar ao doente um ambiente terapêutico (Urden & Stacy, 2008).

No âmbito dos Cuidados Intensivos, é prática generalizada a atuação invasiva com o objetivo de monitorizar agressivamente a ocorrência de disfunções orgânicas, sendo relegadas para segundo plano, as consequências que estes procedimentos podem provocar a nível cerebral ou no sistema nervoso central, particularmente no que se relaciona com as complicações do internamento hospitalar, da ventilação mecânica, dos medicamentos administrados e de todo o meio envolvente de uma UCI, que inexoravelmente desagua no *delirium* (Ely et al., 2010).

Conforme Poirier (2008), o *delirium* está presente em 10 a 60% dos doentes hospitalizados, números que aumentam quando se trata de doentes hospitalizados em Unidades de Cuidados Intensivos, 60 a 80%. Segundo o autor, o mesmo não é diagnosticado em 32 a 66% dos casos.

Para Skrobik (2008) o reconhecimento da existência de uma associação entre o *delirium* e o aumento de co-morbilidades é conhecido desde o tempo de Hipócrates, tornando inequívoca a necessidade de proceder ao diagnóstico do mesmo, recorrendo, para tal, ao uso de escalas validadas, como é o caso da *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC).

Haller (2015) afirma que “em 2015, o *delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos, permanece um problema que aguarda resolução. Ainda ocorre com muita frequência, possuindo um impacto negativo durante o internamento na UCI, acarretando consequências nefastas, mesmo depois da saída do Hospital.” (p.696).

Considerando os desafios supracitados, o presente estudo teve o seguinte objetivo: Identificar quais os fatores precipitantes de *delirium* nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital de Bragança.

## **Enquadramento**

Considera-se que o *delirium* foi uma das primeiras perturbações neurológicas reconhecidas na literatura médica. A sua origem data do tempo de Hipócrates (460-366 a. C.), tendo em conta que nos seus trabalhos se encontram diversas referências a sintomas que, na atualidade, poderiam enquadrar-se no *delirium* (Morandi et al., 2008).

O conceito de *delirium* sofreu, no início de década de 1980, profundas mudanças, que vieram trazer alguma ordem a este termo, tendo em conta que, nesta década o *delirium* foi incluso na nosografia psiquiátrica de forma sistémica. No entanto, tem-se verificado o incremento de múltiplas alterações ao conceito que resultam da investigação realizada e da experiência clínica desenvolvida (Caraceni & Graci, 2011). Conforme descrito pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), o *delirium* caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência e

por uma alteração da cognição que se desenvolvem num curto espaço de tempo, que pode variar de horas a poucos dias. O termo *delirium* não deve ser atribuído a uma demência preexistente ou que se encontre em evolução, tendo em conta que advém de uma intoxicação ou privação de substâncias, do uso de medicamentos, da exposição a substâncias tóxicas, de um estado físico geral ou, ainda, da combinação de dois ou mais dos fatores anteriormente mencionados (American Psychiatric Association, 2013).

Assim, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como descrito na secção *Perturbações Mentais e do Comportamento* da ICD-10, o *delirium* define-se enquanto síndrome cerebral orgânica de etiologia não especificada caracterizando-se por perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do comportamento psicomotor, da emoção e do ciclo sono-vigília. A OMS (2007) faz referência aos termos que se encontram interligados com o *delirium* como a síndrome cerebral, o estado confusional (não alcoólico), a psicose infecciosa, a reação orgânica e, ainda, a síndrome psico-orgânica.

Passando à descrição dos subtipos de *delirium* em hiperativo, hipoativo e misto, segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2010), o primeiro descreve-se pelo comportamento inquieto, agitado e agressivo do doente, pelas alucinações e pela instabilidade emocional, por outro lado, o segundo caracteriza-se pela apatia, letargia, introversão e sonolência. Por último, o terceiro subtipo de *delirium* evidência a alternância de sintomas dos dois padrões citados anteriormente.

Diversos autores (Hughes, Brummel, Vasilevskis, Girard & Pandharipande, 2012) apresentam unanimidade no que concerne à perspectiva dos mecanismos fisiopatológicos do *delirium*, sendo que a fisiopatologia desta síndrome não está totalmente esclarecida. É sabido que o *delirium* tem origem em disfunções corticais e subcorticais, que se encontram relacionadas com as alterações nas concentrações de neurotransmissores em que, os períodos de disfunção dos mesmos podem acarretar, a nível cerebral, impacto na vida do doente a curto e a longo prazo.

A atribuição do diagnóstico desta síndrome prevê a especificação da etiologia presumível que, conforme nos descreve a *American Psychiatric Association* (2013), pode enquadrar-se em quatro categorias etiológicas distintas, nomeadamente: a) *Delirium* que resulta de uma condição médica; b) *Delirium* induzido por substância; c) *Delirium* que resulta de múltiplas etiologias; d) *Delirium* sem outra especificação.

O *delirium* enquanto distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção caracteriza-se pelo início agudo e flutuante da função cognitiva, constitui uma síndrome subdiagnosticada e que é a forma mais comum de disfunção cerebral ao qual está associado o aumento significativo da morbilidade e da mortalidade no doente



grave ou crítico, sendo que afeta 80% dos doentes admitidos nas UCI (Faria & Moreno, 2013). No entanto, esta síndrome é, geralmente, desvalorizada não sendo reconhecida com importância semelhante à disfunção de outros órgãos.

O *delirium* nas UCI caracteriza-se não só pelo distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção como referido anteriormente, mas também, pela permanência do doente nesta unidade de cuidados (Faria & Moreno, 2013) sendo que, as alterações manifestam-se pela diminuição da orientação, pelos delírios e alucinações e pelo comportamento desadequado.

Urden e Stacy (2008) referem que são diversos os fatores que dão origem à agitação do doente grave nas UCI, nomeadamente, os procedimentos dolorosos e invasivos, a privação do sono, o medo e a ansiedade, entre outros, que se revelam um desafio para a equipa que integra a unidade de cuidados.

A implementação de uma monitorização eficiente do *delirium* na UCI está dependente da mudança da cultura desta unidade, tendo em conta que, nos dias que correm, a equipa de saúde ainda vê esta síndrome como inevitável ou como parte integrante de um quadro de doença crítica (Brummel et al., 2013).

A redução da incidência do *delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos deve ser considerada um indicador de qualidade com o intuito de melhorar a prestação de cuidados prestados ao doente (Faria & Moreno, 2013).

Em suma, tendo em conta que esta síndrome é comum nos doentes internados na UCI, é notório que a implementação de um rastreio do *delirium* bem definido, integrado num protocolo bem estruturado, com metodologias de intervenção adequadas acarretará benefícios não só de ordem clínica, como de ordem económica, (Faria & Moreno, 2013).

A ICDSC enquanto escala aplicada para proceder ao diagnóstico do *delirium*, adaptada de Dubois, Bergeron, Dumont, Dial e Skrobik (2001), baseia-se nos critérios para o *delirium* definidos pelo DSM-IV e em aspetos adicionais de *delirium* que podem ser introduzidos pelo técnico de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, nas avaliações quotidianas. Esta escala permite atribuir um ponto por cada item, quando presente uma manifestação óbvia do *delirium*, para uma pontuação máxima total de oito pontos, tendo em consideração as seguintes dimensões: a) Alteração do nível de consciência; b) Desatenção; c) Desorientação; d) Alucinação, ilusão ou psicose; e) Agitação ou lentificação psicomotora; f) Discursos ou humor inadequados; g) Alteração do ciclo sono/vigília; h) Flutuação dos sintomas.

### **Questão de Investigação**

Quais os principais fatores precipitantes de *delirium* presentes nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste?

## **Metodologia**

Estudo observacional, descritivo e analítico. Os doentes internados na UCI, do Hospital de Bragança, durante o período da recolha de dados, constituem a população deste estudo, já a amostra foi constituída por todos os doentes a quem foi diagnosticado *delirium*, e que se encontravam internados no mesmo período de tempo e no mesmo serviço hospitalar, da população acima referida.

A amostra será não probabilística e accidental, dado ser desconhecida a probabilidade de um doente poder fazer parte da mesma, facto que apenas acontecerá, nos dias em que a recolha de dados for realizada.

Importa realçar que a recolha de dados foi efetuada em dois momentos distintos, pelo que existem, neste estudo, dois instrumentos de recolha de dados. Um primeiro instrumento, criado para proceder ao diagnóstico de *delirium*, servindo-se da escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), validada para proceder ao diagnóstico de *delirium* em ambiente de UCI. Já o segundo instrumento de recolha de dados, com a finalidade de perceber quais os fatores precipitantes presentes em cada um dos casos de *delirium*, aplicado aos doentes a quem havia sido diagnosticada a patologia. É usada, neste instrumento, a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Foram realizados 32 momentos de avaliação, nunca com intervalo inferior a 24 horas entre eles, durante o período compreendido entre 30 de julho de 2017 e 30 de setembro de 2017.

A presença de *delirium* em doentes internados na UCI é a variável dependente deste estudo, já como variáveis independentes afiguram-se as sociodemográficas (idade, sexo, profissão, estado civil, residência, habilitações literárias e situação laboral) e as clínicas (serviço de proveniência do doente, dias de internamento, periodicidade da visita de familiares, antecedentes de consumo de álcool, dor, tipo de ventilação, administração de sedação e RASS).

De forma a conseguir uma interpretação correta da recolha de dados, da sua análise e da sua interpretação, procedeu-se à categorização das variáveis bem como à sua operacionalização.

Para o levantamento de dados e apresentação dos mesmos, solicitou-se a devida autorização à Unidade Local de Saúde do Nordeste, na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração. O projeto foi analisado pela Comissão de Ética da referida Unidade Hospitalar, que remeteu a decisão para o Diretor da UCI, a quem foi pedido

parecer acerca da pertinência do estudo. O parecer foi positivo, e a decisão final do Presidente do Conselho de Administração foi favorável.

Ao longo da presente investigação foi respeitada a privacidade e confidencialidade dos dados clínicos, bem como o direito do doente incluído na amostra, ou seu representante legal, mudar de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o eventual abandono.

Após a recolha de dados procedeu-se ao seu tratamento estatístico, sendo este efetuado com o apoio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Realizou-se uma análise descritiva, calcularam-se frequências relativas e absolutas, medidas de posição (moda, média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

No que toca a análise inferencial, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk (amostra  $\leq 50$ ) para verificar a normalidade da distribuição. Dada a não normalidade da distribuição, usaram-se os testes de hipóteses não-paramétricos. Para comparar médias em duas amostras independentes, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. O teste usado para estabelecer a comparação de proporções ou a relação entre variáveis foi o Qui-quadrado.

## Resultados

Na tabela 1 é apresentado o resultado da aplicação da escala ICDSC a todos os doentes internados nos 32 momentos de avaliação. Observa-se que 60 doentes (33,7%) não apresentavam qualquer tipo de resposta, ou necessitavam de estimulação vigorosa de modo a obter resposta, pelo que, não foi realizada qualquer avaliação adicional. Observou-se um total de 68 doentes (38,2%) a quem foi possível aplicar a escala e aos quais não lhe foi diagnosticado *delirium*. O *delirium* foi diagnosticado a 50 doentes (28,1%) do total de doentes internadas nos 32 momentos de avaliação), dos quais 6 (3,4%) apresentavam subsíndrome de *delirium* e 44 (24,7%) apresentavam *delirium*.

Tabela 1 – Casuística do diagnóstico de *delirium* segundo a ICDSC na UCI.

	n	%
Doentes internados nos 32 momentos de avaliação	178	
Doentes a quem foi impossível aplicar a escala ICDSC	60	33,7
Doentes sem <i>delirium</i>	68	38,2
Doentes com subsíndrome de <i>delirium</i>	6	3,4
Doentes com <i>delirium</i>	44	24,7
Total da amostra	50	28,1

Dos 50 doentes com *delirium* que passaram a constituir a amostra, 34 (68%) tinham 65 ou mais anos de idade e 16 (32%) tinham idades inferiores a 65 anos. A média de idades era de 68,62±12,6 anos. No que ao sexo diz respeito, 41 doentes (82%) eram do sexo masculino, e 9 (18%) do feminino. A maioria dos doentes (n=37;74%) eram casados, enquanto 9 doentes (18%) eram solteiros e 4 (8%) eram viúvos. Um total de 31 doentes (62%) residia em meio rural e 19 (38%) em meio urbano. No que diz respeito às habilitações literárias pode verificar-se que 1 doente (2%) frequentou o ensino superior, 2 doentes (4%) eram analfabetos, a maioria (n=37;74%) possuía o ensino básico, e 10 doentes (20%) frequentaram o ensino secundário (tabela 2). Ainda relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra verificou-se que, 8 doentes (16%) eram domésticas, no setor primário de atividade incluíam-se 17 doentes (34%), no setor secundário de atividade 10 doentes (20%), e, por fim, 15 doentes (30%) incluídos no setor terciário.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

		n	%
Idade	<65 Anos	16	32,0
	≥65 Anos	34	68,0
	Média=68,62±12,6		
Sexo	Masculino	41	82,0
	Feminino	9	18,0
Estado Civil	Solteiro(a)	9	18,0
	Casado(a)	37	74,0
	Viúvo(a)	4	8,0
Residência	Meio urbano	19	38,0
	Meio rural	31	62,0
Habilitações literárias	Analfabeto	2	4,0
	Ensino básico	37	74,0
	Ensino secundário	10	20,0
	Ensino superior	1	2,0

A análise da tabela 3 permite verificar que 40 doentes (80%) deram entrada na UCI provenientes do Serviço de Urgência e 10 (20%) provieram de Serviços de Internamento. O desenvolvimento de *delirium* aconteceu numa fase inicial do internamento na UCI, na sua maioria durante os primeiros 10 dias de internamento (n=36;72%), seguido daqueles que o desenvolveram entre os 11 e os 20 dias (em n=8;16%). O desenvolvimento de *delirium* ocorreu entre os 21 e os 30 dias, e depois dos 30 dias de internamento, em 3 doentes (6%), em cada uma das situações. Relativamente à visita de familiares pode verificar-se que 21 doentes (42%) recebiam

visitas diárias. Seguem-se aqueles que as tinham de 2 em 2 dias (n=12;24%) e os que eram visitados uma vez por semana (n=15;30%). Em menor proporção estavam aqueles cuja periodicidade de visitas era inferior a uma vez por semana (n=2;4%). O consumo de álcool estava presente em 32 dos doentes em estudo (64%). No que concerne à presença de dor, a análise da mesma tabela permite verificar que a maioria dos doentes referenciava dor fraca (n=32;64%). Seguem-se aqueles que não referiam qualquer dor (n=11;22%) e os que referiram dor leve (n=7;14%). No que diz respeito ao tipo de ventilação a que os doentes estavam submetidos verifica-se que 22 doentes (44%) estavam em ventilação espontânea. Seguem-se aqueles submetidos a ventilação mecânica não invasiva (n=15;30%) e em menor número (n=13;26%) aqueles que estavam submetidos a ventilação mecânica invasiva. A um total de 18 doentes (36%) havia-lhe sido administrada sedação nas 24 horas anteriores, sendo que a todos eles lhe foi administrado Propofol, e 2 (11,1%) foram sujeitos à administração de sedação com Propofol + Midazolam. Do total de doentes delirantes em estudo, 32 (64%) evidenciavam RASS >0 e 18 (36%) RASS ≤0.

Tabela 3 – Prevalência de fatores precipitantes presentes na amostra.

		n	%
Proveniência do doente	Serviço de urgência	40	80,0
	Serviço de internamento	10	20,0
Dias de internamento na UCI	1 a 10 dias	36	72,0
	11 a 20 dias	8	16,0
	21 a 30 dias	3	6,0
	≥31 dias	3	6,0
Periodicidade da visita de familiares	Todos os dias	21	42,0
	De 2 em 2 dias	12	24,0
	Uma vez por semana	15	30,0
	<1 vez por semana	2	4,0
Antecedentes de consumo de álcool	Sim	32	64,0
	Não	18	36,0
Dor	Sem dor	11	22,0
	Dor fraca	32	64,0
	Dor leve	7	14,0
Tipo de ventilação (predominante nas últimas 24 horas)	Espontânea	22	44,0
	Mecânica não invasiva	15	30,0
	Mecânica invasiva	13	26,0
Administração de sedação (nas últimas 24 horas)	Sim	18	36,0
	Não	32	64,0
Sedativo administrado	Propofol	16	89,9
	Propofol + Midazolam	2	11,1
RASS	>0	32	64,0
	≤0	18	36,0

A comparação das médias dos scores obtidos na escala presente na tabela 4 segundo o grupo etário, permite verificar que os doentes com idades inferiores a 65 anos evidenciavam médias mais elevadas na escala de *delirium* (posto médio=31,8). A aplicação do teste U de Mann-Whitney veio comprovar que as diferenças nessas médias eram estatisticamente significativas ( $p=0,046$ ).

Tabela 4 – Comparação das médias obtidas na escala de *delirium* segundo grupo etário.

	Grupo etário	N	Média	Posto médio	Mann-Whitney	p
<b>ICDSC</b>	<65 Anos	16	6,44	31,80	178,0	0,046
	≥65 Anos	34	5,50	22,74		
	Total	50				

Uma vez dicotomizado o tipo de *delirium*, em hipo e hiperativo, estabeleceu-se a relação entre esta variável e o tipo de ventilação a que os doentes estavam submetidos, bem como com a intensidade de dor que os doentes apresentavam (tabela 5). Da análise da tabela pode verificar-se que existia igualdade percentual ( $n=11;50\%$ ) entre os doentes que desenvolvem *delirium* hipo ou hiperativo, quando os mesmos se encontravam em ventilação espontânea. Quando se tratava de doentes submetidos a ventilação mecânica não invasiva (VMNI), 13 doentes (86,7%) desenvolveram *delirium* hiperativo, enquanto 2 doentes (13,3%) desenvolveram *delirium* hipoativo. Nos doentes sujeitos a ventilação mecânica invasiva (VMI), 8 doentes (61,5%) desenvolveram *delirium* hiperativo, e 5 *delirium* hipoativo (38,5%). A análise da tabela permite, ainda, verificar que o tipo de ventilação sob a qual é maior o número de doentes delirantes é a ventilação espontânea ( $n=22;44\%$ ). Apesar desta constatação, a aplicação do teste do Qui quadrado não comprovou a existência de relação entre as duas variáveis ( $p=0,72$ ).

No que à dor diz respeito, quando esta estava presente, mesmo que tratando-se de dor fraca ou leve, houve desenvolvimento de *delirium* em 39 doentes (78%), por sua vez, eram 11 (22%) os doentes que desenvolveram *delirium* mesmo não apresentando queixas de dor. Aquando da ausência de dor, os doentes que desenvolveram *delirium* hipoativo e hiperativo foram, respetivamente, 6 (54,5%) e 5 (45,5%). Para uma dor fraca 22 doentes (68,8%) desenvolveram *delirium* hiperativo e 10 (31,2%) hipoativo. A tendência de desenvolver *delirium* hiperativo na presença de dor manteve-se para os doentes que apresentavam dor leve, com 5 doentes (71,4%) que desenvolveram este tipo de *delirium* e 2 doentes (28,6%) cujo tipo de *delirium* era o hipoativo. Foram um total de 27 os doentes que desenvolveram *delirium* hiperativo na presença de dor e 12 aqueles que desenvolveram *delirium* hipoativo na presença da mesma. Com um

$p=0,346$ , resultado da aplicação do teste do Qui quadrado, verificou-se que não existe relação entre as variáveis.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos doentes segundo o tipo de *delirium*, o tipo de ventilação e a dor.

		Tipo de <i>delirium</i>		Total	Qui-quadrado	p
		Hipoativo	Hiperativo			
Tipo de ventilação	Espontânea	11 (50,0%)	11 (50,0%)	22 (100%)	5,251	0,72
	Mecânica não invasiva	2 (13,3%)	13 (86,7%)	15 (100%)		
	Mecânica invasiva	5 (38,5%)	8 (61,5%)	13 (100%)		
	Total	18 (36,0%)	32 (64,0%)	50 (100%)		
Dor	Sem dor	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100%)	2,123	0,346
	Dor fraca	10 (31,2%)	22 (68,8%)	32 (100%)		
	Dor leve	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100%)		
	Total	18 (36,0%)	32 (64,0%)	50 (100%)		

Quando estratificadas as possíveis razões para o internamento na UCI verificou-se que, 13 dos 50 doentes (36%) que constituem a amostra, tinham em comum situações causadoras de hipoxemia como causa do internamento. Desses, a grande maioria ( $n=11$ ;84,6%) desenvolveu *delirium* hiperativo. Apesar da constatação apresentada, a aplicação do teste do Qui-quadrado não demonstrou diferenças significativas nas proporções de doentes segundo as variáveis estudadas ( $p=0,121$ ).

## Discussão

No desenvolvimento do estudo deparamo-nos com dificuldades metodológicas, nomeadamente, a escassez de dados no que concerne à prevalência de *delirium* representativos da realidade portuguesa, atendendo à escassez de estudos publicados acerca da temática. Existiram, portanto, algumas limitações relativamente à extrapolação de resultados, destacando-se a necessidade de utilizar uma amostra maior e a inclusão de novas variáveis.

O *delirium* destaca-se nas UCI por se constatar que é das doenças mentais mais prevalentes nos doentes críticos (Pereira et al., 2016). Segundo Faria e Moreno (2013) a prevalência e incidência do *delirium* é maior nas UCI, relativamente a outros serviços hospitalares, referindo no entanto, que as evidências relativas ao *delirium* nas UCI são escassas.

O *Nacional Institute for Health and Care Excellence* (2014) refere que a prevalência do *delirium* nas UCI médicas é de 30% enquanto nas UCI cirúrgicas é de 50%.

No levantamento realizado por Pinto (2011) de todas as UCI portuguesas, exceto as dedicadas à patologia coronária e cardio-torácica, o autor constatou que o *delirium* era

avaliado somente em 40% das unidades o que vai de encontro ao defendido por Faria e Moreno (2013) que afirmam que 66% dos casos de *delirium* podem não chegar a ser diagnosticados.

Haller (2015), num artigo de revisão apresentado, afirma que a prevalência de *delirium* numa UCI varia entre 60 e 82%, nos doentes submetidos a ventilação mecânica, e entre 40 e 60% nos doentes em ventilação espontânea.

Pereira et al. (2016), ao desenvolverem o seu trabalho numa UCI com as mesmas características desta onde o presente estudo foi realizado, obtiveram resultados muito semelhantes no que diz respeito à prevalência de doentes delirantes, com 35% da sua amostra a desenvolver *delirium*, sendo o valor de prevalência de *delirium* do nosso estudo de 28,1%.

Na identificação da relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium* em doentes internados na UCI, foi possível constatar que, dos 50 doentes a quem foi diagnosticado *delirium*, 68% tinham 65 ou mais anos, facto corroborado pelo trabalho desenvolvido por Ely et al. (2010) que defende que existe maior evidência de *delirium* nos doentes com 60 ou mais anos de idade.

Bottino, Laks e Blay (2006) referem que o sexo masculino é considerado um fator predisponente para o desenvolvimento de *delirium*. Indo de encontro às conclusões do referido autor, verifica-se que o sexo masculino é o que apresenta maior prevalência de *delirium* (82%), quando comparado com o sexo feminino (18%).

Importa também, neste momento, apresentar os principais resultados obtidos através da operacionalização da variável do *delirium* em hipoativo e hiperativo.

São escassos os estudos que incidem sobre o *delirium* em doentes submetidos a VMNI. Após análise dos dados do estudo apresentado constata-se que, quando associado o tipo de *delirium* ao tipo de ventilação, nos doentes que são submetidos a VMNI, 86,7% desenvolvem *delirium* hiperativo e 13,3% desenvolvem *delirium* hipoativo podendo aferir, desta forma, que o doente submetido a VMNI tende a desenvolver *delirium* hiperativo, a mesma tendência verifica-se perante doentes submetidos a VMI onde 61,5% dos doentes desenvolvem *delirium* hiperativo. Tal facto demonstra que quanto mais os procedimentos se tornam invasivos, maior é a tendência para desenvolver o *delirium*.

Devido à situação crítica dos doentes, a avaliação da dor no doente crítico inconsciente /sedado é, segundo Young, Siffleet, Nikoletti e Shaw (2006), subestimada e sub-tratada. A dor é, também, considerada um fator precipitante do *delirium*, tornando-se essencial a sua monitorização para promover a redução da incidência do fenómeno. Efetuando-se a análise estatística entre a presença de dor e episódios de *delirium*, verificou-se que existe diferença, embora sem significado estatístico, entre os



episódios de *delirium* em doentes críticos com e sem dor, sendo que, mesmo que se trate de dor fraca ou leve, a probabilidade de *delirium* aumenta com a presença da dor, tendo em conta que 39 doentes (78%) desenvolveram *delirium* com a presença de dor e, 11 doentes (22%) perante os quais não se verificou relação entre a dor e os episódios de *delirium*. No contexto da investigação que se apresenta importa enfatizar que quando não há presença de dor, não existe diferença significativa entre a percentagem de doentes que desenvolve *delirium* hipoativo (54,5%) e *delirium* hiperativo (45,5%). No entanto, perante doentes que desenvolvem *delirium* com a presença de dor, pode-se aferir que a par do aumento da intensidade da dor está o aumento daqueles que desenvolvem *delirium* hiperativo com valores a rondar os 70%. No decorrer da investigação constatou-se que, embora sem significância estatística, o doente hipoxémico tende a desenvolver *delirium* hiperativo, uma vez que representa 84,6% daqueles cuja hipoxemia é o motivo de internamento na UCI. Considerando que a oxigenoterapia está associada a intervenções que aumentam a ventilação, nomeadamente, os procedimentos de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) podemos apurar que a tendência que este tipo de ventilação tem em desenvolver *delirium* hiperativo pode, também, estar associada a situações de hipoxemia.

## **Conclusão**

O *delirium* caracteriza-se por uma perturbação da atenção e consciência, bem como por uma alteração da cognição, que se desenvolve num curto espaço de tempo, podendo variar de horas a poucos dias. Acarreta consequências adversas para o doente crítico no decorrer do internamento numa UCI. Com base na evidência científica, bem como no desenvolvimento do presente estudo, verificou-se que esta é uma síndrome subdiagnosticada e, igualmente, desvalorizada pelos profissionais de saúde.

Esta patologia é um reconhecido fator de aumento dos níveis de ansiedade e stress entre os familiares do utente, sendo clara, ainda, a relação direta entre a mesma e o aumento de stress laboral junto das equipas multidisciplinares que atuam nas UCI. Os fatores precipitantes de *delirium* mais prevalentes na amostra foram a proveniência do Serviço de Urgência, 1 a 10 dias de internamento na UCI, visitas diárias de familiares, antecedentes de consumo de álcool, presença de dor, uso de ventilação mecânica, a não administração de sedação e score de RASS >0. Atendendo à prevalência das variáveis sociodemográficas, o doente tipo é um doente com mais de 65 anos, homem, casado, residente em meios rurais, e possuidor do ensino básico. Utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar as médias obtidas na escala de *delirium* com o grupo etário, verificou-se que existe significância estatística ( $p=0,046$ ),

o que permite concluir que, a idades mais jovens está associado um score na ICDSC maior.

Quando dicotomizada a variável dependente em *delirium* hipo e hiperativo, a aplicação do teste do Qui-quadrado, permitiu concluir que doentes submetidos a ventilação mecânica desenvolvem, na maioria dos casos (86,7% para doentes submetidos a VMNI e 61,5% para doentes submetidos a VMI), *delirium* hiperativo. O mesmo acontece na presença de dor onde 68,8% dos doentes com dor fraca e 71,4% dos doentes com dor leve, desenvolvem *delirium* hiperativo. A aplicação do mesmo teste, e igualmente sem significado estatístico, possibilitou verificar que, dos doentes cuja etiologia do *delirium* era a hipoxemia, 84,6% desenvolveram *delirium* hiperativo, verificando-se proximidade percentual perante todas as outras etiologias.

Face às principais conclusões obtidas no presente estudo considera-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para a monitorização do *delirium*, através da aplicação da ICDSC, tendo em mente o diagnóstico precoce desta intercorrência. É igualmente importante a sensibilização dos mesmos para a avaliação rotineira da sedação, apelando para a sua adequada utilização no doente crítico.

Considera-se, ainda, fundamental a implementação de medidas preventivas com o intuito de reduzir a incidência de *delirium* em doentes internados na UCI.

### **Referências Bibliográficas**

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bottino, C., Laks, J. & Blay, S. (2006). *Demência e transtorno cognitivo em idosos*. Brasil: Editora Guanabara Koogan.
- Brummel, N., Vasilevskis, E., Han, J., Boehm, L., Pun, B. & Ely, E. (2013). Implementing delirium screening in the ICU. *Critical Care Medicine*, 41 (9), 2196-2208.
- Caraceni, A. & Grassi, L. (2011). *Delirium acute confusional states in palliative medicine*. (2ª edition). New York: Oxford University Press.
- Dubois, M., Bergeron, N., Dumont, M., Dial, S. & Skrobik, Y. (2001). Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Medicine*, 27, 1297-1304.
- Ely, E., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S., Harrell, F., Inouye, S., Bernard, G. & Dittus, R. (2010). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291 (14), 1753-1762.
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25 (2), 137-147.
- Haller, A. (2015). Le délire en unité de soins intensifs. *Forum Medical Suisse*, 15 (31-32), 696-701.

- Hughes, C., Brummel, N., Vasilevskis, E., Girard, T. & Pandharipande, P. (2012). Future directions of delirium research and management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26 (3), 395-405.
- Morandi, A., Pandharipande, P., Trabucchi, M., Rozzini, R., Mistraletti, G., Trompeo, A.,... Ely, E. (2008). Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 34 (10), 1907-1915.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. London: National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions.
- Nacional Instituite for Health and Care Excellence. (2014). *Delirium in adults: Quality standard*. London: National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10ª revisão). World Health Organization.
- Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M. & Santos, M. (2016). Delirium no doente crítico: Factores modificáveis pelos enfermeiros. *Referência*, 4 (9), 29-36.
- Pinto, F. (2011). *Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal – Resultados de um inquérito nacional*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Centro Hospitalar do Porto, Universidade do Porto.
- Poirier, D. (2008). Psychose des soins intensifs ou delirium? . *Le Médicin du Québec*, 43 (9), 29-36.
- Skrobik, Y. (2008). Le delirium aux soins intensifs. *Réanimation*, 17, 618-624.
- Urden, L. & Stacy, K. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção*. (5ª Edição). Lisboa: Lusodidactica.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S. & Shaw, T. (2006). Use of behavioural pain scale to assess pain in ventilates unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22 (1), 32-39.